Nr. 32 i 33. 15. sierpnia 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Jakób WĘGIERKO, st. asystent kliniki. Warszawa.

Znaczenie układu wegetatywnego w chorobach przemiany materji *).

Z drugiej Kliniki lekarskiej Uniw. Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Przemiana materji znajduje się w ścisłej zależności nietylko od gruczołów dokrewnych i układu nerwowego ośrodkowego, ale także w niemniejszym stopniu i od układu wegetatywnego. Pomiędzy temi układami istnieje jednak tak ścisła łączność, że dziś nie jesteśmy jeszcze w stanie dokładnie rozgraniczyć ich czynności i musimy dojść do wniosku, że mamy do czynienia z jednym złożonym układem dokrewno-nerwowym, który kieruje fizjologiczną i patologiczną przemianą materji.

Za uzależnieniem przemiany materji od układu nerwowego przemawia istnienie szeregu ważnych ośrodków w mózgu i rdzeniu przedłużonym, ośrodków, które niezaprzeczenie regulują zarówno procesy spalania, jak i przemianę węglowodanową, białkową, tłuszczową, wodną i mineralną. Nie mówiąc już o klasycznym ośrodku Kl. Bernarda, przez nakłucie którego powstaje hiperglikemja i cukromocz, wskazać należy i inne nie mniej ważne ośrodki usadowione w śródmózgowiu. Znany nam jest przecież ośrodek solny, przez podrażnienie którego wywołać możemy nadmierne wydzielanie soli nieorganicznych z moczem, również to samo możemy powiedzieć o ośrodku wodnym. Wiadomo także, że w podwzgórzu *(hypothalamus)* i guzku szarym istnieją znowu ośrodki regulujące przemianę tłuszczową. Niezaprzeczenie i przemiana białkowa znajduje się pod kontrolą odpowiedniego ośrodka, aczkolwiek go jeszcze nie znamy.

Z tych właśnie ośrodków, a raczej komórek nerwowych w tem miejscu usadowionych, mają odchodzić włókna wegetatywne, przy pomocy których przenoszą się bodźce od środka ku oddalonym narządom. Nie będę się wdawał w szczegóły, dotyczące anatomji i fizjologji ośrodkowego i obwodowego układu wegetatywnego, powiem tylko słów kilka o wzajemnym stosunku tego układu do układu dokrewnego.

Badania wielu autorów wykazały, że nietylko działanie adrenaliny przenosi się drogą nerwów współczulnych, bo także i wydzielina gruczołu tarczowego wykazuje swe działanie na narządy oddalone przy pomocy układu wegetatywnego. Co zaś dotyczy owego „neurochemizmu" przysadki mózgowej to narazie nie wiemy zbyt wiele. Najprawdopodobniej hormony te działają zarówno drogą nerwów współczulnych, jak i nerwów parasympatycznych. Trudno jest także wiele dziś powiedzieć o drogach nerwowych działania innych hormonów.

Istnieje wprawdzie pogląd, że wydzielina wewnętrzna może zadziałać bezpośrednio a nie drogą nerwów na narządy, jednakże kwestja ta nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Nie wykluczone nawet, że czynne są oba wymienione mechanizmy działania hormonów. Z drugiej zaś strony nie ulega wątpliwości, że wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem znajdują się pod wpływem układu nerwowego. Mielibyśmy zatem do czynienia z działaniem układu wegetatywnego na gruczoły dokrewne i odwrotnie z działaniem gruczołów dokrewnych na układ wegetatywny.

Celem dzisiejszego referatu jest właśnie podkreślenie niektórych ważniejszych faktów, świadczących o istnieniu wpływów tego układu na nieprawidłową przemianę materji.

Nim jednak przystąpię do niniejszego tematu, zaznaczę na wstępie, że mówiąc o nieprawidłowej przemianie materji nie mam na myśli jedynie kwestji nieprawidłowego chemizmu, lecz chcę także uwzględnić kwestję nieprawidłowego przemieszczania się materji w ustroju. Słuszne bowiem jest twierdzenie Krausa 1), że wszelkie wady w prawidłowym mechaniźmie przemiany materji stanowczo nie zależą jedynie od nieprawidłowego chemizmu, czyli mówiąc inaczej od wypadnięcia jakiegoś ogniska z łańcucha prawidłowych przemian chemicznych, lecz także od nieprawidłowego ruchu materji. Nietylko więc zaburzenia w pośredniej przemianie materji oraz zaburzenia w utlenianiu, asymilacji i desymilacji prowadzą do chorób przemiany materji, gdyż w równej mierze posiada w tym względzie znaczenie stopień przepuszczalności błon ustrojowych i otoczek komórkowych. Zależnie więc od stopnia przepuszczalności powyższych błon reguluje się ruch materji. Nietrudno przytoczyć szereg przykładów, świadczących o nieprawidłowym ruchu i rozmieszczaniu materji w rozmaitych stanach patologicznych. W cukrzycy np. występuje nadmierne uruchomianie cukru, tworzącego się z glikogenu wątrobowego, w chorobach nerek mamy do czynienia z przepuszczalnością białka, w moczówce prostej z nadmiernem przepływaniem wody przez ustrój, w stanach obrzękowych znowu z zatrzymaniem się wody. W rozmaitych postaciach otyłości występuje na plan pierwszy osłabiony ruch materji, wskutek czego nagromadza się tłuszcz w tkance podskórnej i narządach. Tworzenie się złogów (kamica nerkowa, wątrobowa, dna) oraz wszelkie zwyrodnienia (tłuszczowe, glikogenowe i t. d.) wszak również zależą poniekąd od nieprawidłowego ruchu materji. Podnieść jednak muszę, że zarówno ruch jak i przemiana materji muszą być uważane za zjawiska odbywające się w ścisłej i wzajemnej zależności. Nieprawidłowy chemizm może spowodować nieprawidłowy ruch, a nieprawidłowy ruch materji może być skutkiem nieprawidłowego chemizmu.

Umyślnie zatrzymałem się nieco nad kwestją przemieszczania materji, gdyż właśnie to zjawisko znajduje się w wybitnej zależności od napięcia układu wegetatywnego. Układ ten bowiem za pośrednictwem elektrolitów wywiera niemały wpływ na przepuszczalność błon i otoczek komórkowych.

Ażeby lepiej zdać sobie sprawę z dopiero co powiedzianego, należy wspomnieć o ciekawych, a dziś ogromnie popularnych badaniach szkoły Krausa z Zondekiem 2) na czele, badaniach, które zdobyły sobie już prawo obywatelstwa w patologji ogólnej. Mam na myśli utożsamienie działania *Na* i *K* z podrażnieniem układu parasympatycznego, a działanie *Ca* z podrażnieniem układu współczulnego. Skoro więc nerwy wegetatywne mogą być w zupełności zastąpione elektrolitami, czyli czynność ich ma zależeć jedynie od ilości i rozmieszczenia *Na, K, Ca* w komórce, to także i stany zwane wagotonizmem i sympatykotonizmem zależą od rozmieszczenia w ustroju wymienionych kationów. Zamiast o antagonizmie nerwu błędnego i współczulnego, możemy zatem mówić o antagonizmie kationów *Na* i *K* z jednej strony, a *Ca* z drugiej.

Wiadomą jest rzeczą, że elektrolity odgrywają również ogromną rolę w utrzymywaniu stałej kwasoty aktualnej we krwi i tkankach, są to bowiem t. z. moderatory. W zależności więc od stanu zakwaszenia ustroju, kiedy ulegnie zmianie rezerwa alkaliczna, nastąpi również przegrupowanie elektrolitów. Fakt ten nie będzie znowu obojętny, gdyż w stosunku do owego przegrupowania, zmieni się napięcie układu wegetatywnego. Istnieje zatem ścisły związek pomiędzy ilością jonów *K* i *Ca*, a *H* i *OH*. Kraus i Zondek 3) wykazali, że wraz ze zwiększaniem się jonów H, zwiększa się Ca, a ze zwiększeniem się jonów OH zwiększa się K. Wobec tego zmiana w stosunku Na:K:Ca, wywołana podrażnieniem nerwów wegetatywnych prowadzi jednocześnie do zmiany stosunku H:OH jonów, a uwydatnia się to szczególnie w tkankach, gdzie działanie moderatorów nie jest tak wybitne jak we krwi. Z autorów polskich zależność kwasoty aktualnej we krwi od napięcia układu wegetatywnego wykazuje Sochański 4), a zmianę rezerwy alkalicznej pod wpływem adrenaliny Gorecki 5).

Widzimy więc że podrażnienie układu wegetatywnego prowadzi do pewnych zmian w tkankach, a nawet w sokach ustroju i że wraz ze zmianami w ugrupowaniu elektrolitów występują pewne wahania w kwasocie aktualnej krwi. Jeżeli jeszcze dodamy, że od ilości jonów K, Ca, Na, H, OH, zależy stan koloidowy tkanek i cieczy, to zrozumiemy, jak wielki wpływ na ustrój wywierają nerwy wegetatywne.

Skoro układ wegetatywny wywiera wpływ na stan koloidowy, to tem samem i na błony ustrojowe, od których stanu koloidowego zależy mniejsza lub większa ich przepuszczalność.

Od dawna zajmowano się kwestją przepuszczalności błon i otoczek komórkowych dla cukru i tłuszczów. Duże zasługi w tym kierunku położył Höber 6), Embden i Hamburger 7). Ten ostatni twierdzi, że nerkę żaby można uczynić mniej lub więcej przepuszczalną dla cukru w zależności od stężenia i rodzaju elektrolitów w przepuszczalnym przez nią płynie. Wiadomo również, że cukier wyzwala się z wątroby żabiej tylko przy określonym stężeniu wapnia w przepuszczanym płynie, a po dodaniu do niego pewnej

---

*) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Towarz. Lekarskiego w d. 15-ego grudnia 1925 r.

ilości sodu ustaje polimeryzacja cukru i nie wytwarza się glikogen 8). Stwierdzono, że jeżeli przepuszczać surowice ludzi zdrowych przez wątrobę żabią, to z zawartego w niej cukru wytwarza się glikogen, a przepuszczając w ten sam sposób surowicę cukrzycowych, zjawisko to ustaje prawie zupełnie. Najprawdopodobniej w surowicy chorych na cukrzycę elektrolity znajdują się w takim stosunku do siebie, że wywierają pewien wpływ ujemny na przepuszczalność otoczek komórek wątrobowych względem cukru gronowego.

Słowem nie ulega wątpliwości, że przepuszczalność błon i otoczek komórkowych względem ciał, odgrywających rolę w przemianie komórkowej, zależy przedewszystkiem od stężenia elektrolitów w płynie otaczającym komórki i że to właśnie stężenie wpływa na stan koloidowy otoczek. Mówiąc inaczej przez adsorbcję uwodnionych jonów dookoła komórki, tworzy się jakgdyby druga otoczka, która warunkuje stan koloidowy otoczki właściwej.

Jaques Loeb 9) uważa, że działanie adrenaliny, a więc uruchomienie cukru, czyli zmiana otoczek w kierunku większej ich względem cukru przepuszczalności nie zależy bezpośrednio od adrenaliny, a raczej od wzajemnego stosunku elektrolitów. Arnoldi 10) zatem jest zdania że stosunek Ca, K i Na odgrywa wybitną rolę w powstawaniu hyperglikemji nietylko poadrenalinowej, lecz i cukrzycowej. Według tego autora przyczyną powstawania cukrzycy jest przedewszystkiem naruszenie prawidłowego stosunku między elektrolitami, a wtórnie dopiero ma dochodzić do nieprawidłowego ruchu i przemiany materji. W dalszych badaniach Arnoldi, Rubitschek 11) i Ettinger 12) wykazali, że nawet fizjologiczny ruch cieczy w ustroju, jak np. dopływ ciał pokarmowych do tkanek, a także odpływ zbytecznych produktów przemiany zależy od rodzaju i wzajemnego stosunku elektrolitów, a tem samem od napięcia układu wegetatywnego.

Ze względu na łączność czynnościową między elektrolitami, układem nerwowym wegetatywnym, błonami, moderatorami, hormonami i t. d. Fr. Kraus 1) ujmuje te wszystkie czynniki w jedną wspólną całość jako u k ł a d w e g e t a t y w n y, mający wielce doniosłe znaczenie w przemieszczaniu i przemianie materji. Według niego poszczególne te czynniki działają w następującym porządku: wydzielina gruczołów dokrewnych działa za pośrednictwem układu nerwowego wegetatywnego i elektrolitów, a także H i OH jonów na przepuszczalność błon i otoczek komórkowych. W ten sposób odbywa się fizjologiczna i patologiczna przemiana materji, a także tą drogą dochodzi i do zmian w chemicznej budowie cząsteczki. Wreszcie i procesy spalania zależą od czynników wymienionych, albowiem zapotrzebowanie tlenu również zależy od stopnia zasadowości tkanek.

Przemiana materji do tego stopnia uzależniona jest od układu wegetatywnego, że jesteśmy uprawnieni do odróżniania osobników z t. zw. wagotonicznym i sympatykotonicznym rodzajem przemiany materji.

Według Arnoldiego 13) w a g o t o n i c z n y r o d z a j p r z e m i a n y m a t e r j i przedstawia się w sposób następujący. Spalanie węglowodanów bywa zazwyczaj zwolnione, a osobnicy ci wykazują jednocześnie dość wysoki współczynnik oddechowy. Przyjmowanie pokarmów nie wzmaga u nich w zwykłym stopniu procesów spalania, co zależy najprawdopodobniej od niedostatecznie szybkiego spalania węglowodanów. Tuczenie prowadzi do stopniowego przybytku na wadze przez odkładanie się znacznej ilości tłuszczu. Nierzadko spostrzega się u nich ujemny bilans azotowy, którego nie można objaśnić niedostatecznem odżywianiem, lecz upośledzonem spalaniem węglowodanów. Ciśnienie tętnicze bywa często niskie, żylne zaś wysokie, a krzywa ciśnienia poadrenalinowego i hyperglikemji poadrenalinowej płaska.

S y m p a t y k o t o n i c z n y r o d z a j p r z e m i a n y m a t e r j i przedstawia się w sposób następujący. Szybkie spalanie węglowodanów przy niskim współczynniku oddechowym. Podanie cukru wzmaga w wysokim stopniu przemianę gazową i cukier we krwi. Tuczenie prowadzi do szybkiego przybytku na wadze z powodu zatrzymywania się wody w ustroju. Ciśnienie krwi zarówno tętnicze, jak i żylne bywa prawidłowe lub wzmożone. Wreszcie krzywa ciśnienia poadrenalinowego i hyperglikemji poadrenalinowej wykazuje szybkie i znaczne wzniesienie.

Wysoki współczynnik oddechowy u osobników typu wagotonicznego, zależy głównie od wzmożonego wydzielania CO_2 (zmniejszone zapotrzebowanie O_2 nie jest pewne). Do tej kategorji zalicza Arnoldi chorych na otłuszczenie, dusznicę oskrzelową, niekiedy na cukrzycę, wreszcie ozdrowieńców po chorobach zakaźnych.

Niski współczynnik oddechowy u osobników typu sympatykotonicznego zależy nietylko od zmniejszonego wydzielania CO_2, ale także od wzmożonego zapotrzebowania tlenu. Do tego zaliczyć należy przedewszystkiem osobników ze wzmożoną czynnością gruczołu tarczykowego.

Jeden lub drugi rodzaj przemiany materji może być u poszczególnej jednostki mniej lub więcej wyrażony. Nawet ludzie zupełnie zdrowi mogą na zasadzie swych konstytucjonalnych właściwości należeć do jednego z wymienionych rodzajów przemiany materji. Arnoldi sądzi, że przez dłuższe podawanie wapnia osobnik z wagotoniczną przemianą materji może się zmienić i wykazywać cechy sympatykotoniczne, mnie się jednak zdaje, że uskutecznić to nie jest zbyt łatwo. Raczej być może przez podawanie wyciągu z gruczołu tarczowego możnaby doprowadzić do podobnej zmiany, zwiększając w ten sposób ruch i przemianę materji.

Przechodzę obecnie do rozpatrywania roli układu wegetatywnego w niektórych chorobach przemiany materji. Mam zamiar zwrócić uwagę na cukrzycę otyłość i dnę, jako na stany patologiczne w których nieprawidłowa przemiana materji występuje na plan pierwszy.

Przystępując do rozpatrywania cukrzycy zaznaczę, że chociaż rola układu nerwowego wegetatywnego w fizjologicznej przemianie węglowodanowej znana jest dosyć dobrze, to rola tego układu w cukrzycy nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Jeżeli zadamy pytanie, jaki jest właściwie udział układu wegetatywnego w powstawaniu hyperglikemji cukrzycowej, to nie będziemy w stanie dać takiej odpowiedzi, którąby nas w zupełności zadowoliła.

Wiadomo, że u ludzi zdrowych prawie stałe stężenie cukru we krwi uzależnione jest przedewszystkiem od c. prążkowatego *(striatum)*, które wywiera wpływ na komórki nerwowe współczulne i parasympatyczne umieszczone w jądrach rdzenia przedłużonego. Stąd przy pomocy włókien wegetatywnych przenoszą się bodźce na trzustkę, nadnercza, a być może również na przysadkę mózgową, pobudzając wymienione gruczoły do wydzielania. Nie wdając się w szczegóły mechanizmu, regulującego cukier we krwi ludzi zdrowych, zaznaczę, że aby utrzymać stałe jego stężenie muszą być czynne oba ośrodki wegetatywne rdzenia przedłużonego, zarówno współczulne, jak i parasympatyczne. Wszelkiemu zatem zwiększaniu się cukru we krwi przeciwdziała z jednej strony natychmiastowe pobudzenie układu parasympatycznego lub osłabienie napięcia układu współczulnego. W podobnie prosty sposób jak tłumaczymy regulację fizjologiczną cukru we krwi, nie możemy tłumaczyć powstawania hyperglikemji cukrzycowej. Niedosyć powiedzieć, że z ośrodków współczulnych przenoszą się silne bodźce na nadnercza, pobudzając je do wzmożonego wydzielania lub, że zostały porażone do pewnego stopnia ośrodki parasympatyczne, mające pobudzać trzustkę i że wynikiem tego jest hyperglikemja. Hyperglikemja cukrzycowa powstaje wskutek działania szeregu najrozmaitszych, a bliżej nieznanych jeszcze czynników. Prócz wymienionych dopiero gruczołów dokrewnych, jak trzustka, nadnercze i przysadka, wchodzą tu w grę i inne, jak tarczyca, gruczoły przytarczyczne i płciowe, których rola w prawidłowej przemianie cukrowej jest lepiej znaną niż w cukrzycy. Dowodem, że gruczoły przytarczyczne wywierają wpływ na przemianę cukrową posłużyć może spostrzeżenie Devereux-Forrest'a 14), który stwierdził, że chociaż sam wyciąg z gruczołów przytarczycznych na zawartość cukru we krwi wpływu nie miał, to zastrzyknięty jednocześnie z insuliną obniżał hyperglikemję cukrzycową znaczniej, niż sama insulina.

Należy także pamiętać, że poszczególne przypadki cukrzycy klinicznej muszą się wzajemnie znacznie różnić, nietylko przebiegiem, ale także mechanizmem powstawania. Niezaprzeczenie w jednym przypadku dużą rolę może odgrywać trzustka, w drugim znowu inne gruczoły dokrewne, mogą także w rozmaitych przypadkach występować znaczne różnice w napięciu układu wegetatywnego, bądź parasympatycznego, bądź współczulnego. Układ nerwowy ośrodkowy także niezawsze jednakowy ma udział w tem schorzeniu. Słowem możemy mieć do czynienia z wielce złożonym mechanizmem, który doprowadził wreszcie do zespołu objawów nazwanych cukrzycą. Jeżeli uwzględnimy także kwasice i nadmierny rozpad białka, występujący w niektórych przypadkach cukrzycy i będziemy się starali objawy te uzależnić od układu wegetatywnego, to przekonamy się, że nie jest to zadanie łatwe.

Aby rzucić pewne światło na rolę wyższych ośrodków wegetatywnych w powstawaniu cukrzycy, Dresel i Lewy 15) zajęli się badaniem zmian anatomo-patologicznych w ciele prążkowatem. Autorzy ci w 4-ch przypadkach cukrzycy zdołali wykazać znaczne zmiany tłuszczowo-degeneracyjne w „*globus pallidus*" po obu stronach, jednak przyczyny powstawania podobnych zmian ogniskowych wykazać na razie nie umieli. Godny podkreślenia jest fakt, że we wszystkich zbadanych przez tych autorów przypadkach cukrzycy, w których spostrzegali zmiany anatomo-patolo-

giczne w ośrodkach wegetatywnych stwierdzali również zmiany w wysepkach Langerhansa. Zachodzi więc pytanie, które z tych zmian wystąpiły pierwotnie, a które wtórnie. Najprawdopodobniej, sądząc z licznych doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach, pierwotne zmiany mogły wystąpić w ośrodkach mózgowych, wskutek czego wtórnie znikały wysepki Langerhansa. Nie wykluczone jest również powstawanie pierwotnych zmian w trzustce, na co kładą nacisk niektórzy badacze. W każdymbądź razie, jak twierdzi Dresel 16), spostrzegane zmiany anatomiczne w ciele prążkowatem były w większości przypadków zazwyczaj dalej posunięte niż w trzustce.

Wynika zatem z przytoczonych faktów, że niewiele jeszcze wiemy o zmianach anatomicznych w układzie wegetatywnym w cukrzycy, chociaż z drugiej strony musimy przyznać iż badania w tym kierunku nie były zbyt liczne.

Starano się również zapomocą zastrzykiwania adrenaliny atropiny i pilokarpiny wyjaśnić rolę układu współczulnego i parasympatycznego w cukrzycy. Wyniki tych dość licznych badań są jednak niejednolite. Jedni np. wykazują, że u tych chorych po adrenalinie nietylko nie zwiększa się znacznie cukier we krwi, ale także i inne objawy poadrenalinowe, jak podniesienie ciśnienia, drżenie kończyn, obraz morfologiczny krwi, substancji suchej nie ulega wybitnej zmianie. Podobne zachowanie się cukrzycowych względem adrenaliny spostrzegałem nieraz 17). Inni znowu dochodzili do wniosku wręcz przeciwnego: notowane są bowiem przypadki, w których działanie adrenaliny było bardzo silne, podobnie jak się to spostrzega u dotkniętych chorobą Basedowa. Wreszcie istnieją przypadki cukrzycy ze stałem wzmożonem ciśnieniem krwi, które pod wpływem adrenaliny wykazują odczyn odwrotny, a mianowicie obniżenie ciśnienia krwi i zmniejszenie hyperglikemji, (Kylin 18).

Na zastrzykiwania atropiny chorzy na cukrzycę również oddziaływują niejednakowo. Obok przypadków ze znacznemi objawami poatropinowemi zarówno ogólnemi, jak i dotyczącemi cukru we krwi, spostrzegano przypadki, w których atropina nie działała zupełnie. Na uwagę zasługują te przypadki cukrzycy, w których spostrzegamy po zastrzyknięciu atropiny niewielkie ale zupełnie wyraźne zmniejszenie się cukru we krwi. Bernstein 19), sądzi, że w przypadkach ze znaczną hyperglikemją zjawisko to występuje częściej niż w przypadkach, w których cukier we krwi nie sięga 0,3%. Jednakże autor ten nie może znaleźć żadnej zależności pomiędzy przebiegiem klinicznym cukrzycy, a oddziaływaniem na atropinę. Zarówno więc w lekkich, jak i w ciężkich przypadkach cukrzycy atropina może zmniejszyć lub też nie wywrzeć żadnego wpływu na zawartość cukru we krwi.

Co się zaś tyczy działania pilokarpiny na cukrzycowych, to i tu rozmaici chorzy wykazują zmniejszenie się cukru we krwi, obok objawów ogólnych (ślinotok, pocenie, mdłości, zaczerwienienie skóry i t. d.), w innych zaś znowu efekt był przeciwny 20), t. j. zwiększanie się cukru we krwi bez ogólnych objawów. Spostrzegałem również przypadki, na które pilokarpina nie wywiera żadnego wpływu (cukier we krwi nie ulegał zmianie, ogólne objawy nader słabo wyrażone). Słowem na zasadzie wyników rozmaitych autorów, a także własnych, należy dojść do wniosku, że różne przypadki cukrzycy oddziaływują na bodźce wegetatywne (adrenalinę, atropinę, pilokarpinę) tak pod względem objawów ogólnych, jak i pod względem wahań cukru we krwi, różnie. Wobec tego mylne byłoby twierdzenie, że w cukrzycy, podobnie jak chorobie Basedowa mamy do czynienia ze stałem podrażnieniem nerwów współczulnych. Tego zdania był w swoim czasie Loewy 21), który wkraplał adrenalinę do oka psa pozbawionego trzustki i otrzymywał rozszerzenie źrenicy. Fakt ten upoważnił go do wypowiedzenia zdania, że cukrzyca jest „nerwicą współczulną". Później okazało się jednak, że odczyn Loewiego niezawsze, a nawet dosyć rzadko, występuje u chorych na cukrzycę, co zresztą było z góry do przewidzenia, albowiem nie ulega już dziś najmniejszej wątpliwości, że doświadczalna cukrzyca wywołana wycięciem trzustki wielce się różni pod wieloma względami od cukrzycy klinicznej.

Bez wątpienia istnieją przypadki cukrzycy, w których spostrzega się wzmożone napięcie układu współczulnego, ale niewątpliwie istnieją także przypadki w których występuje mniej lub więcej wyraźnie wzmożone napięcie układu parasympatycznego. Już w roku 1857 Newman 22) opisał 3 przypadki cukrzycy, które wystąpiły wskutek ucisku nowotworu na nerw błędny. Niedawno znowu Bertram wspominał o przypadku cukrzycy, która miała wystąpić po obustronnym przecięciu nerwów współczulnych. W przypadku tym można było zwiększyć tolerancję dla cukru przez zastrzyknięcie atropiny, co również przemawia za parasympatycznem pochodzeniem wspomnianej cukrzycy.

Nie wykluczone jest także, jak to sądzi Billigheimer 23), że przez podrażnienie jednego układu nerwowego (np. parasympatycznego) występuje podrażnienie drugiego (np. współczulnego) i dlatego przez zadziałanie na parasympatyczną trzustkę, otrzymujemy działanie współczulnej wątroby. Fakt zwiększenia się cukru we krwi ludzi zdrowych pod wpływem pilokrapiny, czyli pojawienie się t. zw. cukru parasympatycznego, może być również w ten sposób wyjaśniony.

Chorych na cukrzycę możemy wobec tego, w zależności od objawów, zaliczać zarówno do rzędu wagotoników, jak i sympatykotoników.

D o t y p u w a g o t o n i c z n e g o zaliczałbym osobników z względnie lekką cukrzycą, nie zdradzających skłonności do zakwaszenia ustroju. Chorzy tacy zazwyczaj słabo oddziaływują na zastrzyknięcie adrenaliny t. j. nie pojawiają się u nich prawie wcale, ani objawy ogólne, ani też nie podnosi się wyraźnie cukier we krwi. Po pilokarpinie zaś odczyn ustroju bywa wyraźny (ślinotok, pocenie, mdłości, i t. d.) a cukier we krwi albo nie ulega żadnej zmianie, albo zmniejsza się nieznacznie, jak to niejednokrotnie stwierdziłem. Po atropinie znowu ogólne objawy mogą występować mniej lub więcej wyraźnie, a cukier we krwi dość często nieco opada. Podstawowa przemiana materji u tych chorych nie jest wzmożona, a nawet może być zmniejszona. Bilans azotowy przeważnie bywa zrównoważony, a niekiedy dodatni.

D o t y p u s y m p a t y k o t o n i c z n e g o należałoby zaliczać przeważnie chorych na ciężką cukrzycę, wydzielających z moczem ciała ketonowe. Osobnicy ci wykazują zazwyczaj silny odczyn poadrenalinowy. Cukier we krwi wówczas również zwiększa się znacznie. Popilokarpinowe objawy występują rzadko. Podstawowa przemiana materji bywa wyraźnie zwiększona. Bilans azotowy ujemny. Chorzy ci zazwyczaj zapadają na śpiączkę.

Nie chcąc być źle zrozumianym, zaznaczam, że nie każdy chory na cukrzycę może być zaliczony do jednej z powyższych grup. Istnieją bowiem przypadki, wykazujące odczyny nietypowe, tak iż niektóre dane przemawiają za typem wagotonicznym, a niektóre za sympatykotonicznym. Powyższy podział nie odpowiada podziałowi autorów francuskich, którzy dzielą cukrzycę na *„diabete gras"* i *„diabete maigre"*, albowiem niekoniecznie chory z sympatykotoniczną postacią cukrzycy musi być chudy, a z wagotoniczną otyły. Wzmożona przemiana materji nie wyrokuje jeszcze o tuszy chorego, spostrzegana jest przecież niekiedy i choroba Basedowa u ludzi otyłych.

Zachodzi pytanie czy pod wpływem leczenia insuliną, kiedy stan chorego się poprawia, ulegnie również zmianie oddziaływanie tego chorego na adrenalinę, czyli postać sympatykotoniczna będzie wykazywać pewną dążność w kierunku przeinaczenia się w postać wagotoniczną. Ostatnio stwierdziłem 24), że pod wpływem leczenia zarówno dietetycznego, jak i insulinowego w ciężkich przypadkach cukrzycy zmniejsza się podstawowa przemiana materji, co już do pewnego stopnia przemawia za zmniejszonem napięciem w układzie współczulnym.

Przy tem rozważaniu nasuwa się jeszcze pytanie, czy choroba Basedowa jest do pewnego stopnia pokrewną cukrzycy. Pytanie podobne zadawali już sobie najstarsi autorzy, jednakże dziś należałoby wprost odpowiedzieć, że łączności tu niema prawie żadnej. Wprawdzie opisywano przypadki cukrzycy w których później rozwinęła się choroba Basedowa, oraz przeciwnie, gdzie cukrzyca dołączyła się do choroby Basedowa, ale nie można rozstrzygnąć, czy nie było to zwykłym zbiegiem okoliczności. Ciężka postać cukrzycy i choroba Basedowa posiadają niektóre objawy wspólne, jak np. wzmożona przemiana materji, ujemny bilans azotowy, silnie wyrażony odczyn poadrenalinowy i t. d. Wszystko to jednak nie wystarcza jeszcze, aby obie te choroby uważać za pokrewne. Wiemy dobrze, że tarczyca odgrywa dużą rolę w przemianie węglowodanowej, ale rola ta może być mniej lub więcej wyrażona, a miernika niestety nie posiadamy. Zresztą nie wiemy, czy i w powstawaniu choroby Basedowa tarczyca jest wyłącznie odpowiedzialną.

Przechodząc do omawiania patologji przemiany tłuszczowej w związku z układem wegetatywnym, musimy powiedzieć, że udział układu nerwowego wogóle, a wegetatywnego w szczególności jest tu niezaprzeczenie b. duży. Takie stany chorobowe, jak połowiczne otłuszczenie lub *„hemiatrophia facialis"*, w której występuje także zanik mieśni, świadczy o tem niezaprzeczenie. Wspomnę również, że przez przecięcie nerwu kulszowego Mausfeld i Müller 25) zdołali wywołać u psa wzmożone odkładanie się tłuszczu w odnośnej kończynie. Uczyniono również spostrzeżenie, że przez zniszczenie odpowiednich ośrodków u podstawy śródmózgowia, bez uszkodzenia przysadki, można wywołać u zwierząt otłuszczenie. Aschner i Leschke 26) oraz inni sądzą więc, że w tem miejscu znajdują się ośrodki, wywierające wpływ przy pomocy włókien wegetatywnych na gruczoły dokrewne (tarczyca,

jajniki, przysadka). Za istnieniem uzależnienia między przemianą tłuszczową, a układem nerwowym przemawia zespół objawów chorobowych, opisany przez Dercuma. W chorobie tej, jak wiadomo, spostrzegamy miejscowy rozrost tkanki tłuszczowej, któremu towarzyszy ból oraz szereg innych objawów ze strony ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

Arnoldi sądzi, że otłuszczenie występuje u osobników, wykazujących przeważnie wagotoniczny rodzaj przemiany materji (patrz wyżej), że osobnicy ci nie są w stanie należycie spalać węglowodanów, podobnie jak cukrzycowi, a zamieniają je w tłuszcz.

Aby lepiej zrozumieć udział układu wegetatywnego w powstawaniu otyłości należy mojem zdaniem wyjaśnić, czy we wszystkich postaciach otyłości mamy do czynienia z osłabionemi procesami spalania. Wiemy bowiem, że wzmożone napięcie układu współczulnego prowadzi przeważnie do wzmożonej, napięcie zaś układu parasympatycznego do osłabionej przemiany materji. Liczne doświadczenia prowadzone w tym kierunku w rozmaitych postaciach otyłości wykazały, że najprawdopodobniej w postaci przysadkowej nie mamy do czynienia z obniżoną przemianą materji, jak to się zdarza w postaci tarczycowej 27). Dowodem tego mogą służyć spostrzeżenia Grafego 28), który zdołał wybrać śród wielu chorych zaledwie 9 przypadków, wykazujących wyraźnie obniżenie podstawowej przemiany materji.

Należy więc uważać, że tylko otyłość pochodzenia tarczycowego można nazwać postacią wagotoniczną. W przypadkach takich spostrzegamy również słaby odczyn poadrenalinowy.

Co się zaś tyczy nieprawidłowej przemiany purynowej, prowadzącej do cierpienia zwanego dną to i tu niewątpliwie układ wegetatywny odgrywa rolę. Istnienie pewnego związku pomiędzy tem cierpieniem a cukrzycą upoważnia nas już poniekąd do podobnego przypuszczenia. Według doświadczeń Michaelisa 29) ma się znajdować ośrodek w rdzeniu przedłużonym, przez nakłucie którego doprowadzić można do nadmiernego wydzielania kw. moczowego (wzgl. allantoiny w doświadczeniach na zwierzętach). Autor ów sądzi, że ośrodek ten jest identyczny z ośrodkiem cukrowym Kl. Bernarda, wzgl. znajduje się w sąsiedztwie z nim. Dalsze badania, szczególnie Dresela dały powód do mniemania, że drażnienie ośrodka purynowego przenosi się drogą nerwów współczulnych, a Falta 30) wykazał, że zastrzyknięcie adrenaliny sprowadza u psa wzmożone wydzielanie allantoiny. Jednem słowem wiele danych przemawia za tem, że istnieje ośrodek kw. moczowego, podobnie jak ośrodek cukrowy i że bodźce przenoszą się również od jądra wegetatywnego w rdzeniu przedłużonym przez włókna wegetatywne do nadnerczy i że uruchomiają puryny odłożone w wątrobie, podobnie jak się to dzieje z cukrem. Podkreślam, że podobne przedstawienie sprawy regulacji przemiany purynowej przez układ wegetatywny nie jest jeszcze pewne i wymaga potwierdzeń.

Jak wiadomo, cierpiący na dnę wykazują dużą ilość kw. moczowego we krwi przy małem jego stężeniu w moczu. Fakt ten wybitnie cechuje dnę, albowiem w innych stanach patologicznych zwiększenie kw. moczowego we krwi prowadzi również do wzmożonego jego wydzielania się z moczem. Przyjmując pod uwagę owe różnice w stężeniu cząsteczkowem krwi i moczu, możemy porównywać dnę z moczówką prostą, w której podobne różnice stężenia mają miejsce. A więc myśleć możemy o nerkach, jako o przyczynie doprowadzającej do wspomnianej różnicy w stężeniu cząsteczkowem krwi i moczu. Wiadomo nam, że wydzielnicza czynność nerek znajduje się pod zarządem układu wegetatywnego i skoro istnieją włókna regulujące wydzielanie wody i soli przez nerki, to dlaczego te same włókna nie miałyby brać udziału i w wydzielaniu kw. moczowego.

Nerka odgrywa rolę tamy dla kw. moczowego, podobnie jak dla cukru, z tą jednak różnicą, że w cukrzycy przepuszczalność względem cukru wzrasta dopiero wówczas, gdy stężenie jego we krwi dochodzi do pewnej określonej wysokości. Przepuszczalność nerki względem cukru w zależności od jego stężenia we krwi reguluje się przedewszystkiem stanem czynnościowym samej nerki, będącej pod zarządem układu wegetatywnego. Zupełnie w ten sam sposób odbywa się najprawdopodobniej regulowanie przepuszczalności nerek względem kw. moczowego.

Nie można jednakże powiedzieć, że jedynie zmniejszona przepuszczalność nerki względem kw. moczowego prowadzi do cierpienia zwanego dną. Wiemy przecież, że nie każdy chory na nerki, skoro ma zwiększoną ilość kw. moczowego we krwi, jest dotknięty tą chorobą. Muszą zatem wchodzić tu w grę inne jeszcze czynniki.

Wiemy już, że przez podrażnienie układu współczulnego możemy wywołać mobilizację kw. moczowego z wątroby, a jeżeli się zgodzimy z twierdzeniem Dresela, że adrenalina jest w stanie spotęgować również i wydzielanie kw. moczowego z tkanek, to przyjdziemy do wniosku, iż podrażnienie układu wegetatywnego pociąga za sobą zwiększenie kw. moczowego we krwi, a zmniejszenie w tkankach. Wobec tego przy podrażnieniu układu współczulnego mamy do czynienia z czynnikiem tamującym odpływ kw. moczowego ze krwi do tkanek.

Wreszcie istnieją również badania, wykazujące, że układ wegetatywny odgrywa nietylko rolę w przemieszczaniu się kw. moczowego w ustroju, ale także od stanu napięcia tego układu zależy i wytwarzanie się kw. moczowego. A więc podrażnienie nerwów współczulnych ma zmniejszać, podrażnienie zaś nerwów parasympatycznych ma zwiększać wytwarzanie kw. moczowego. Podobne jednak twierdzenie wymaga pewnych zastrzeżeń, bowiem mniejsze lub większe wytwarzanie tego kwasu zależy także od ilości zapasów w ustroju nagromadzonych.

Z powiedzianego dotychczas możnaby było zgodnie z twierdzeniem Dresela wyprowadzić wniosek, że podrażnienie układu współczulnego prowadzi do zmniejszania zapasu kw. moczowego w tkankach i jednoczesnego zmniejszania się jego wytwarzania. Podrażnienie zaś układu parasympatycznego do zwiększania zapasów w tkankach i wzmożonego wytwarzania. Ażeby jednak doszło do obrazu chorobowego zwanego dną, musimy jeszcze mieć do czynienia ze zmniejszoną przepuszczalnością nerek względem kw. moczowego, gdyż zwiększone wytwarzanie się jego w ustroju względnie zmniejszony odpływ jeszcze nie wystarcza.

Dotąd uwzględniliśmy jedynie rolę układu wegetatywnego w powstawaniu „urykemji“, a nie uwzględniliśmy jeszcze jednego czynnika grającego również rolę w powstawaniu dny, a mianowicie nie wspominaliśmy nic o tworzeniu się strątów, czyli o wypadaniu soli kw. moczowego. Czy i w tym zjawisku układ wegetatywny odgrywa jaką rolę? Wiadomo, że roztwór kw. moczowego we krwi uważać możemy za roztwór przesycony, a zatem nieznaczne wahania w stężeniu jonów wodorowych we krwi muszą mieć wpływ na jego wypadanie. Skoro uwzględnimy, że stężenie jonów wodorowych stoi w ścisłym związku z ilością i wzajemnym stosunkiem elektrolitów we krwi, a więc zależy także od jonów Ca i K, a że działanie tych ostatnich jest równoznaczne z działaniem nerwu współczulnego i parasympatycznego, to przyjdziemy do wniosku, że od równowagi w napięciu tego układu zależy również i stan rozpuszczalności kw. moczowego.

W końcu pragnę powiedzieć jeszcze słów kilka o znaczeniu praktycznem powyższych badań, stwierdzających udział układu wegetatywnego w patologji przemiany materji. Z góry musimy niestety przyznać, że wynik tych badań nie przynosi nam jeszcze zbyt wielkich korzyści praktycznych w rozpoznawaniu chorób i co ważniejsze, w ich leczeniu. Ale badania te przecież nie są jeszcze zakończone i chociaż zdołaliśmy się przekonać, że układ wegetatywny odgrywa rolę w powstawaniu chorób przemiany materji, to rola ta jednak w szczegółach nie jest jeszcze znana.

Z chwilą posuwania się naprzód wiedzy teoretycznej, wzbogaca się również wiedza praktyczna i już dziś na podstawie zdobytych w tej dziedzinie faktów klinika chorób przemiany materji coś niecoś zyskała.

Jeżeli zwrócimy się do cukrzycy, a będziemy rozróżniać postać wagotoniczną od sympatykotonicznej, to inne zgoła będzie nasze postępowanie w obu tych rodzajach cukrzycy. Skoro tylko stwierdzimy wzmożone napięcie w układzie współczulnym (wzmożona podstawowa przemiana materji, przyśpieszenie tętna, silny odczyn poadrenalinowy, ujemny bilans azotowy), to musimy takiemu choremu stworzyć zawczasu takie warunki, które doprowadziłyby do obniżenia napięcia tego układu. Być może tą drogą zdołamy odwrócić lub może nieco wstrzymać rozwijającą się ciężką postać cukrzycy sympatykotonicznej. Należy więc w każdym przypadku cukrzycy zwracać uwagę na stan układu wegetatywnego.

W otyłości musimy także liczyć się z napięciem układu wegetatywnego. W przypadkach, silnie oddziaływujących na adrenalinę, musimy ostrożnie podawać wyciągi z tarczycy albo nie stosować ich wcale, aby nie doprowadzić do hiperthyreoidyzmu, przy którym po większej części mamy do czynienia z wzmożonem napięciem układu współczulnego. Leczenie wyciągami z tarczycy należy prowadzić pod kontrolą t. j. od czasu do czasu sprawdzać odczyn poadrenalinowy i zachowanie się gazowej przemiany materji.

Co się zaś tyczy dny, to dzięki stwierdzeniu zależności przemiany purynowej od stanu układu wegetatywnego, odróżniamy dwie postaci kliniczne dny, a mianowicie sympatykotoniczną i wagotoniczną (Dresel). Do pierwszej grupy należą przypadki z równoczesnemi objawami bazedowizmu, złej tolerancji cukrowej, wzmożonem ciśnieniem tętniczem. Przypadki te poprawiają się pod wpływem podawania kolchicyny, która osłabia napięcie układu współczulnego. Do drugiej grupy zaliczyć należy przypadki, prze-

biegające z pokrzywką (swędzeniem i t. p. Umber), które pod wpływem leczenia kolchicyną nie poprawiają się.

Piśmiennictwo.

1) Kraus Fr.: Kraus-Brugsch IV. Tom. — 2) Zondek: Biochemische Zeit. Tom 132, rok 1922. — 3) Kraus i Zondek: Klin. Wochenschr. Nr. 20, 1922 rok. — 4) Sochański H.: Polskie archiw. med. wewnętrz., Tom 1, zesz. 2 i 3, rok 1923. — 5) Gorecki Z:: Medycyna dośw. i spoleczna. Tom III, rok 1924. — Höber: Physik Chemie d. Zelle. — 7) Hamburger: Zeit. f. Biologie XXVII, str. 405. — Gliger i Loewy: Klinische Wochenschr. 1922 str. 1210. — 9) Cytowano według Arnoldi'ego, Ergebnisse d. gesam. Medizin, Brugsch V tom. — 10) Arnoldi: Zeit. f. klin. Mediz. 1922, XCIV Tom. — 11) Arnoldi-Rubitschek: D. m. Woch. 1922 r., Nr. 8., Münch. m. Woch. 1923, str. 702. — 12) Arnoldi-Ettinger: Kl. Wochensch. 1922. — 13) Arnoldi: Zeitschr. f. klin. Medizin, 1922; XCIV. — 14) Devereux-Forrest: Brit. med. Journ. Nr. 3281, 1923 r. cyt. wedł. Zentralbl. f. innere Mediz. Nr. 13., 1924 r. — 15) Dresel i Lewy, cyt. wedł. Kraus-Brugsch Tom X część III. — 16) Dresel: Kraus-Brugsch, Tom X część III. — 17) Węgierko: Polskie Arch. m. wewnętrz. Tom 1, zeszyt 1. — 18) Kylin: Zentrbl. f. innere Medizin Nr. 7., 1923. — 19) Bornstein: D. med. Woch. Nr. 40, 1921 rok. — 20) Grossmann i Sandor: Wiener Arch. f. innere Mediz. Tom V-ty. — 21) Loewy: cyt. według Chiari i A. Fröhlich, Arch. f. exp. path. u. pharm. Tom 64 rok 1910. — 22) Newman: cyt. wedł. B. Naunyna Diabetes melitus. — 23) Billigheimer: Deut. Arch. f. kl. Mediz. Tom 136, zesz. 1—2. — 24) Węgierko: Polska Gazeta Lekarska, rok 1926. — 25) Mausfeld i Müller: Arch. f. d. gesam. Physiol. Tom 152. — 26) Aschner i Leschke: cyt. wedł. Kraus-Brugscha Tom X część III. — 27) Loewi i Zondek: Zeit. f. kl. Mediz. Tom 95, 1922 r. — 28) Grafe: Ergebn. d. Physiol. Tom 21, część II-ga 1923 r. — 29) Michaelis: Zeit. f. Exp. Pathol. u. Therapie XIV 1913 r. — 30) Falta: Zeitschr. f. Exp. Pathol. u. Therapie XV, 1914 r.

Z PRAKTYKI.

Dr. Mieczysław SIŁKA, lekarz-wolontarjusz szpit. państw. Lwów.

Sole wapniowe jako skuteczny środek leczniczy w biegunkach.

Okres, zwłaszcza letni i jesienny nastręcza lekarzowi praktycznemu sporo przypadków zasłabnięć biegunkowych w jego codziennej pracy. Stosowane zazwyczaj zwykłe środki przeciw biegunkowe, jak leki makowcowe, bismut i tannalbina często w tych przypadkach zawodzą, nie dając wyników pomyślnych. Dlatego też przystąpiłem do wypróbowania polecanych w nowszych czasach przez Profesora Fürbringera (D. m. W. 1924 N-15) preparatów wapnia, oraz przetworu *calcitriny*, wyrabianego przez firmę — Spiess w Warszawie. Już na wstępie godzi się przypomnieć, że zasłużony polski lekarz, specjalista chorób przewodu pokarmowego prof. W. Jaworski w Krakowie, gorąco zalecał stosować w leczeniu biegunek przewlekłych preparatów wapnia — (O leczeniu biegunki przewlekłej. Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej Kraków 1893, serja 2, zeszyt 17) a najdobitniej podnosi wartość tych preparatów w swojej pracy ogłoszonej w języku niemieckim pod tytułem: „Ueber die Behandlung der catarrhalischen Diarrhoe mit Aqua calcinata effervescens fortior et mitior. Therapeutische Monatshefte 1898 zesz. 2"). W. Jaworski używał do do celów leczniczych *Calcium carbonicum* i *calcium salicylicum* w postaci wodnego napoju, nasyconego, co jako tak zw. *Aqu. calcin. effervesc. mitior* (2:1 litr wody) i *Aqu. calcin. effervesc. fortior* (*Calc. carbon. 4.0* i *Calc. salicyl. 3.0* na jeden litr wody).

Wspomniany prof. Fürbringer podaje, że stosowane sole wapniowe odnoszą doskonałe wyniki przy wszelkiego rodzaju rozwolnieniach. Wapń jest preparatem nadzwyczaj tanim i jest prawie bez wszelkiego smaku. Najchętniej podaje *Calcium carbonicum*, który, działa zdaniem jego o wiele dzielniej i sprawniej niż inne znane środki przeciw- biegunkowe. Stosuje on ten preparat w dawce po 2—3 gr. 3 razy dziennie, ja zaś najczęściej zalecam chorym używać herbacianą łyżeczkę bądź wspomnianego preparatu bądź też *Calcitryny* Spiessa, która nie prowadzi do zaparcia stolca, co daje się przeciwnie zauważyć w czasie długotrwałego podawania *Calcium carbonicum*. Nadto podnieść należałoby, że Calcitryna zawiera oprócz składników wapniowych obfitą ilość substancji odżywczych, tak niezbędnie potrzebnych dla wyniszczonego ustroju w następstwie długotrwałych biegunek.

Fürbringer podaje, że w jednym przypadku spostrzegał wystąpienie zaparcia stolca u chorego, który stale zażywał *Calcium carbon.* w obawie nawrotu męczących biegunek. Zresztą i te objawy szybko minęły z chwilą wydalenia się mas wapniowych. O podobnych doskonałych wynikach leczniczych wzmiankuje również Saphra (ibidem Nr. 40). Pobyt jego na froncie w Palestynie w czasie wojny nadarzył sposobność wypróbowania preparatów wapniowych, gdzie wówczas panoszyła się surowa epidemja biegunek pochodzenia niewątpliwie zakaźnego. Bezradność wszelkich środków przeciwbiegunkowych skłoniła go do wypróbowania *Calcium carbon. praecipit.* albo zwykłej *cretae preparat*, które to preparaty dały wyniki nader pomyślne.

Jeden z najwybitniejszych znawców gastrologji prof. Boas w podręczniku: „Diagnostyka i terapja schorzeń przewodu pokarmowego (r. 1899) na str. 233 czyni wzmiankę o wysokiej wartości leczniczej preparatów wapniowych, które podaje zwykłe w postaci *calc. carbon. i calc. phosphor. aa.* trzy razy dziennie. Również i w nowem wydaniu „Dyetetyki chorób żołądka i kiszek" prof. Boas ponawia polecenie leczenia biegunek uporczywych wapniem. H. Leo przeprowadził ciekawe eksperymenty na zatrutych królikach olejkiem krotonowym i zauważył, że następne podawania soli wapniowych znacznie łagodziły zapalne zmiany błony śluzowej przewodu pokarmowego. (Zeitschr. f. klin. M. 1888 Nr. 14). Wyniki tych doświadczeń zachęciły go do klinicznego wypróbowania wapnia w przypadkach najrozmaitszych biegunek, a osiągnięte skutki upoważniły go do rozległego stosowania wapnia w życiu codziennem. Niemniej zachęcające polecenia ogłasza również inny wybitny znawca chorób przewodu pokarmowego v. Noorden w zbiorowym podręczniku „Klinik d. Darmkrkh." r .1921 str. 136, 216, 307 w wydaniu A. Schmidta.

W roku 1924. Boas ogłosił w D. m. Woch. na str. 1507 pracę, opierającą się na 30 letniem doświadczeniu osobistem w sprawie leczenia biegunek preparatami wapnia. Teoretycznie uzasadnia lecznicze działanie wapnia spostrzeżeniami eksperymentalnemi Lea, który wykazał istnienie przeciwzapalnej właściwości preparatów wapnia, a nadto przypuszcza on, że w znacznej mierze wyniki lecznicze zależą także od ich zdolności neutralizacyjnej, która powoduje zobojętnianie obfitych kwasów organicznych, wydzielanych stale przebywającemi drobnoustrojami w przewodzie pokarmowym. Powyższy fakt wpływa także niewątpliwie na ruch robaczkowy jelit, o czem najlepiej przekonywujemy się za pomocą zgłębnika dwunastnicowego w przypadkach bezkwasu żołądkowego, w którym to schorzeniu występują stale długotrwałe stany biegunkowe. Podawanie w tych przypadkach preparatów wapnia zdaniem jego są o wiele korzystniejsze aniżeli pospolicie używany kwas solny. Również przy biegunkach tak zwanych pancreogennych Boas podaje — *Calc. carb. Calc. phosphor. aa. 0,5*, a nadto daje 3 razy dziennie pancreon (Rhenania). W przebiegu choroby Basedowa zauważył on, że pod wpływem leczenia wapniem znikały nie tylko objawy biegunki, ale łagodziły się także i inne objawy, a przedewszystkiem zmniejszał się wytrzeszcz gałki ocznej. Nadzwyczaj zachęcające wyniki uzyskuje się wspomnianem leczeniem u dzieci.

Wreszcie godzi się nadmienić, że zwykła skorupa jaj zawiera znaczną ilość wapnia, (według Königa 89—97%), co w braku gotowych preparatów pozwala samemu przygotowywać odpowiedni, niezbędnie potrzebny lek. Dokładne stłuczenie i doskonałe sproszkowanie pewnej ilości skorup jaj może w pewnej mierze zastąpić kupowany preparat. Francuscy autorowie Vedel et Preech (Presse Medic. 1925 Nr. 65. p. 1128 również wspominają o doskonałych wynikach leczniczych z podawaniem preparatów wśródżylnie metodą Rist'a, Ameuille et Ravina 1 cm. 50% roztczynu) w przypadkach rozwolnienia o charakterze tak ostrym jak i przewlekłym, zwłaszcza w przypadkach niewyraźnej patogenezy. Wieseneck w D. m. Woch. r. 1924 str. 1922 ogłasza swoje wyniki lecznicze w przypadkach czerwonki, paratyfusu, i wszelkiego rodzaju nieżytach kiszkowych o nieznanym pochodzeniu. A także niemniej korzystnemi okazały się wlewania wśródżylne soli wapniowej przy zatruciach jadem kiełbasianym i mięsnym *(botulismus)* w których występowały objawy silnego rozwolnienia. Autor ten stosował *Calc. chlorati puriss.* w 5% roztczynie 8—10 cm. Jedynie przy biegunkach u chorych gruźliczych autorowie nie byli w stanie wykazać jakiejkolwiek poprawy, co zresztą w tych przypadkach stanowić może cenną wskazówkę w sprawie wyróżnicowania istoty chorobowej. W piśmiennictwie niemieckim w r. 1925 w D. m. Woch. Nr. 39 str. 1620 ogłasza Serb Teodosijevitz wyniki praktyczne, spostrzegane — w szpitalu powszechnym w Valjevo ze stosowaniem wśródżylnem wlewań soli wapniowych który stosował je w czasie olbrzymiej epidemji, odznaczającej się w tym roku wielką śmiertelnością. Autor w początku wybuchu epidemji stosował surowicę przeciwczerwonkową, następnie bismut i tannalbinę. Gdy wspomniane środki stale zawodziły, zdecydował się on na wypróbowanie zastrzyków wśródżylnych *Calcii chlorati* + morfinę podskórnie. Już po pierwszych próbach sytuacja się naraz wyraźnie zmieniła — parcia na stolce szybko znikły ciepłota spadła, stolce krwawo-śluzowe przybrały zwykłą spoistość, samopoczucie chorych znacznie się poprawiło i t. d. Autor ten stosował wlewania wspomnianego preparatu dwa razy dziennie zrana i wieczorem po 10 cm. 10% *Calc. chlor.* a następnie w ślad zatem podawał podskórnie jedną fiolkę morfiny.

Powyższe dane przytaczane w piśmiennictwie wszechświatowem, jakie zdołałem zebrać, zachęciły mnie tembardziej do wypróbowania omawianych preparatów w najrozmaitszych przypadkach zasłabnięć nieżytowych przewodu pokarmowego. W ciągu minionego sezonu miałem możność jak również w obecnym roku spostrzegać przeszło dwieście przypadków najrozmaitszych postaci biegunek i stale używałem w myśl przepisób Boasa, preparatów soli wapniowej. We wszystkich przypadkach wynik był doskonały, a kilka przypadków wyleczenia czerwonki zachęciło mnie do stałego leczenia tego schorzenia wspomnianym sposobem. Podnieść zwłaszcza muszę wysoką wartość tego leczenia biegunek w wieku dziecięcym, u których w początkowych okresach podawałem stale *Calc. carbon. Calc. phosphor. aa.* z chwilą zaś zmniejszania się częstości oddawania stolców podawałem w ostatnich czasach Calcitrinę Spiessa która niewątpliwie dodatnio wpływa nie tylko na cały przebieg chorobowy ale także w wysokim stopniu podnosiła ogólny bilans życiowy chorych dzieci, dzięki zawartym substancjom odżywczym.

W końcu chciałbym wspomnieć, że doświadczenie moje wskazuje, że preparaty wapnia należy podawać najlepiej naczczo, ewentualnie przed jedzeniem, gdyż sok żołądkowy (po jedzeniu) niweczy skuteczne ich działanie, na co już w swoim czasie zwrócił uwagę wspomniany Leo.

Podawanie tego leku naczczo może ułatwiać osadzanie się jego na błonie śluzowej, podobnie jako to się dzieje z podawanym bismutem. Tego rodzaju powlekania schorzałej błony śluzowej przez sole wapniowe, które wywierają wysuszające właściwości, zresztą ogólnie znane — działają niewątpliwie uzdrawiająco na schorzałe miejsca. Tego rodzaju tłumaczenie mechanizmu uzdrawiającego schorzałą błonę śluzową wydaje mi się najbardziej słusznem.

Wreszcie poczuwam się do obowiązku złożenia w tem miejscu podziękowania firmie Spiess iSyn w Warszawie, która dzięki zaofiarowaniu pokaźnej ilości Calcitryny ułatwiła przeprowadzenie kontrolnych spostrzeżeń w praktyce jako lekarza szkolnego oraz wśród ubogiej ludności. W ostatnim roku nadto ogłoszono w Polskiem piśmiennictwie, a mianowicie Warszawskiem czasopiśmie lekarskiem strona 336, 370 z r. 1925 ogólny przegląd stosowania wapnia.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. ADA MARKOWA. Kraków.

O zakażeniu połogowem.

Podług wykładu wygłoszonego na XIV zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

Musimy sobie uświadomić, że sprawa zakażenia połogowego i jego leczenia jest tematem bardzo obszernym, a obfita literatura dotycząca tego zagadnienia rozlała dziś niezmiernie szeroko. W mom wykładzie chcę podkreślić jedynie punkta salientia tej sprawy możliwie zwięźle.

Nad zakażeniem połogowem ostatnio obradowano w Rosji i we Francji. Przedtem kolejno obradowano niemal we wszystkich krajach Europy, i do zagadnienia tego wszystkie kraje bezwątpienia będą powracały. Sprawa odznacza się więc niesłabnącą żywotnością. Dlaczego?

Bezwątpienia przyczyną jest nasza bezsilność w walce z zakażeniem połogowem tam, gdzie ono wybuchło, bezsilność tem więcej irytująca, że znanym nam jest czynnik patogeniczny, znane są drogi jakiemi się on dostaje i szerzy, a szereg przeciwśrodków, leżących na różnych płaszczyznach myślenia trafia w próżnię.

Jak dotąd siła nasza leży w zapobieganiu. Jest to bardzo dużo i bardzo mało zarazem. Gdy idzie o definicję zakażenia połogowego, to dwa jej składniki nie ulegają kwestji i wahaniom: naruszenie ciągłości tkanek w kanale rodnym i wtargnięcie do nich zarazka.

Kombinacja tych dwu czynników stwarza jednak taką mnogość obrazów klinicznych, że istnieje możliwość podciągnięcia pod zakażenie spraw chorobowych nie mających z zakażeniem połogowem nic wspólnego.

Ta okoliczność warunkuje chwiejność rozpoznania i rokowania tem więcej, że drugi czynnik o którym mowa t. zn. zarazek zachowuje się nader kapryśnie.

Stanowisko czołowe wśród zarazków zajmuje *streptococcus pyogenes.* Nie znaczy to jednak, że znajdujemy go z reguły lub łatwo we krwi lub odchodach kobiet zakażonych i nawet zmierających. Z drugiej zaś strony obecność jego w odchodach nie świadczy o niczem, a stwierdzanie go we krwi zdrowych położnic nie oznacza zakażenia w znaczeniu klinicznem. Jedyna cecha stała dla wszelkich form i nasileń zakażenia to wzniesiona ciepłota.

Rozpoznanie jest więc na ogół bardzo trudne, najbardziej może tam, gdzie ciepłota wyskakuje na jeden lub dwa dni, gdzie wyprzedzić ją może nawet silny dreszcz i gdzie sprawa cała mija szybko i bez śladu. Francuzi określają te przypadki jako fievre ephemère, Niemcy — Eintagfieber.

Dla tych przypadków Bumm stworzył teorję rozkładu gnilnego odchodów i ich wsysania pod wysokiem ciśnieniem. Rozkład gnilny jest jednak zawsze spowodowany obecnością drobnoustrojów, zatem, jeżeli staniemy na współczesnem stanowisku bakterjologicznem, ustalonem w pracy Hamma, to nie mamy nigdy resorpcyj jako takiej, jest zawsze infekcja.

Przy ustalaniu statystyki chorobowości połogu autorowie kierują się, zupełnie dowolnie wybraną granicą 38° C. Dlaczego nie 37·9 C. lub 38·1°. Cóż to za inne są położnice, żeby je inaczej traktować pod względem ciepłoty, niż innych ludzi. Albo są zdrowe, zatem ciepłota ich nie śmie przekraczać 37. C., albo są chore i wtedy ciepłota idzie do góry. Że my nie możemy powiedzieć, jakie to zakażenie, co to za stan nieprawidłowy, to inna sprawa. Bumm w 29% swoich gorączkujących położnic nie mógł postawić rozpoznania.

Z tego ujęcia rzeczy wynikał mój pierwszy wniosek postawiony na zjeździe położników polskich w Warszawie o przekształcenie sposobu robienia statystyki chorobliwości w połogu, dla której racjonalną granicą jest tylko 37. C.

Okaże się wtedy bezwątpienia, że chorobowość w połogu jest bardzo znaczna. Najbliższem jest pytanie czy samo badanie wśród porodu w zakładzie na wzniesienia ciepłoty nie ma wpływu?

Statystyki robione pod tym kątem widzenia nie dały wyników przekonywujących.

W państwowej szkole położnych w Krakowie były nieliczne przypadki pozostawione bez badania wewnętrznego. Te by mogły służyć dla kontroli i wykazywały one wzniesienia ponad 37. C. Każdą rodzącą bada jeden lekarz, jedna uczennica, tymczasem w r. 1924 na 1100 porodów był jeden przypadek śmierci z zakażenia i to wątpliwego pochodzenia, a w roku bieżącym kończy się dwunasta setka porodów bez przypadku śmierci z zakażenia.

Dla sprawy chorobowości i wzniesień ciepłoty w połogu nie jesteśmy mojem zdaniem w stanie ocenić znaczenia utajonej rzeżączki, i nie rzadko dopiero wybuchająca u noworodka *blenorrhoe* oświetla etjologję ciepłoty u matki.

Mikroby, powodujące zakażenie, znajdują się bądź na osobie badającej, bądź na rodzącej.

W częściach rodnych są zawsze; *streptococ. haemolitic.* wśród nich zajmuje miejsce czołowe. Tymczasem śmiertelność z powodu zakażenia połogowego we wzorowo prowadzonych zakładach jest lub zbliża się do zera.

Jest to bez wątpienia tryumf prophylaktyki, gdy idzie o ręce badającego. Gdy idzie o rodzące różne zakłady postępują różnie, a że wyniki nie są rozbieżne, okazuje się, że sama obecność *streptococca* dla wywołania zakażenia nie wystarcza. Zatem moment bezpośrednio przyczyniający się do wybuchu zakażenia leży jeszcze gdzieindziej.

Na podstawie wieloletniej obserwacji sądzę, że najważniejszą częścią składową odporności rodzącej na florę własną i badającego jest jej stan ukrwienia jakościowy i ilościowy, o ile nie zachodzą inne, uchwytne stany patologiczne. Dlatego powinniśmy baczną uwagę kierować na ilość traconej przy porodzie krwi, prowadzić porody w tym względzie w sposób oszczędnościowy, a u wykrwawionych położnic stosować zapobiegawczo transfuzję krwi.

Nieobliczalność flory pochwowej powoduje usiłowania w kierunku ustalenia własności biologicznych *streptococca,* szczególniej jadowitości — jak dotąd bez rezultatu, powoduje hypotezy o samoistnem uodparnianiu się ciężarnych i próby uodpornienia bądź zapomocą szczepionek obcych i własnych, bądź zapomocą innych ciał, o których wspomnę niżej. Gdy jednak zakażenie stanie się już faktem dokonanym, dlaczego w jednych przypadkach ogranicza się do zmian miejscowych i nie korzysta z sieci komunikacyjnej, jaką dają naczynia chłonne i krwionośne, dlaczego w innych razach z przerażającą szybkością przebiega po tych drogach, by zawładnąć całym terenem, dlaczego wreszcie kiedyindziej zdobywa ten teren wolno, ale nieubłaganie w odstępach czasu wynoszących niekiedy nawet po kilka dni — niewiadomo.

Obrazy anatomo-patologiczne dają dużą rozmaitość i jak Schickele,i Riotte słusznie twierdzą, obraz kliniczny czasami najzupełniej nie odpowiada obrazowi anatomo-patologicznemu. Na kongresie Strassburskim Lequeux i Chomé chcieli wyosobnić poza

znanymi już jednostkami chorobowymi inną całość: zajęcie samych żył miednicy małej, tak zw. phlébite pelvienne suppurée, prowadzące do powstania ognisk rozsianych w płucach, jako bezpośredniej przyczyny śmierci.

Tylko wielka ilość rejestrów sekcyjnych w związku z objektywną obserwacją kliniczną rozstrzygnie, czy mają oni rację. A wszak dedukują z owego obrazu słuszność takiej metody leczniczej operacyjnej, jaką jest podwiązanie żył w miednicy małej.

Rokowanie przy zmianach miejscowych korzystne, jest wysoce niekorzystne gdy idzie o zakażenie ogólne. Jak dotąd wszystkie przypadki, jakie obserwowałam na oddziale, gdzie udało się stwierdzić obecność *streptococca* we krwi, skończyły się śmiertelnie z wyjątkiem dwuch, co do których mam jednak zastrzeżenia: w jednym pacjentka usunęła się z pod obserwacji, a w drugiej kontrolne świnki morskie miały się bardzo dobrze. Dla przypadków więc *bacteriaemia streptococcica*, stawiam prognozę absolutnie fatalną, we wszystkich innych należy ją stawiać oględnie. W rokowaniu przy zakażeniu połogowem szereg autorów posługuje się haemogramami, to znaczy morfologicznem badaniem krwi. Pewne wnioski, ustalone na podstawie haemogramu, znajdujemy w pracy Bocheńskiego. Bocheński zgodnie z innymi stwierdza, iż rokowanie jest niepomyślne, jeżeli obraz neutrofilny krwi jest znacznie przesunięty na lewo, jeżeli jest stały brak ciałek eozynochłonnych, jeżeli ilość ciałek czerwonych jest zmniejszona i jeżeli są formy degeneracyjne. Ta ostatnia okoliczność pokrywa się z moimi wnioskami co do znaczenia anemii, powstałej wśród porodu dla zakażenia połogowego. Bocheński także uważa, iż *bacteriaemia streptococcica* daje złe rokowanie.

Haemogramy na moim oddziale robiono metodą Schillinga. Rezultaty są te same z tem uzupełnieniem, że szczególnie złą prognostycznie jest w neutrofilach przewaga form młodych. Te wyniki badań dowodzą bez wątpienia, że haemogram ma duże znaczenie dla rokowania, a jednak wartość haemogramu w zakażeniu połogowem jest inna niżeli wartość jego w innych chorobach infekcyjnych, gdzie nie ma współczynnika krwotoku. Dla ścisłej oceny ich wartości powinny być robione haemogramy jednej i tej samej osoby przed porodem, w czasie porodu i różnych fazach połogu.

Leczenie gorączki połogowej w Państwowej szkole położnych ma w przypadkach lokalnych charakter konserwatywny, pozbawiony *polypragmasii:* wrzód połogowy leczymy jodyną i okładami. *Endometritis septica:* okłady, chinina, sporysz. *Pelveoperitonitis:* spokój, okłady, hegary, ewentualnie *antipyretica*. *Thrombophlebitis:* spokojne ułożenie kończyny, wzmacnianie akcji serca. *Exsudaty* w okresie ostrym potrzebują spokoju. Gdy nie mają tendencji do zropienia, a ustalają się w formie nacieku: mleko, tampony, irrygacje, nagrzewania. Exsudaty zropiałe operujemy m. Bardenheuer, abscesy *in cavo Douglasi per collotomiam*. *Pyosalpingiss* operujemy na zimno, możliwie późno po wygaśnięciu infekcji.

Jeżeli jednak w macicy połogowej są resztki popłodu, usuwam je z wyjątkiem wypadków, gdzie w otoczeniu macicy stwierdzam stany zapalne, lub gdy stwierdzam zakażenie ogólne w sensie bakterjologicznym lub klinicznym.

Resztki łożyska usuwam zawsze narzędziami. Nie mieliśmy nigdy przedziurawienia ani następowej trwałej *amenorrhoe*.

Przy leczeniu zakażenia ogólnego konkurują dwie metody zasadnicze: operacyjna i zachowawcza. Metody operacyjne to: usuwanie zakażonej macicy *per laparatomiam seu per vaginam*, podwiązanie żył i otwieranie jamy brzusznej przy *peritonitis*.

Najmniej sporną w piśmiennictwie jest sprawa *peritonitis*. Na podstawie zdobytego doświadczenia przychodzę do wniosku, że w przypadkach *peritonitis diffusa* należy operować i to jak najwcześniej. Natomiast nigdy nie stosowałam *extirpatio uteri* z powodu zakażenia i mogłabym tu przedstawić szereg ciężkich obrazów klinicznych *metro-endometritis septica*, skomplikowanych z których kobiety wyszły obronną ręką z zachowaniem macicy.

Zabieg ten wedle jego zwolenników wykonany na czas ma być ochroną przed zakażeniem ogólnem, sprowadza się więc do zabiegu prophylaktycznego.

Jak ustalić moment właściwy dla tego rodzaju prophylaktyki?

Metoda francuska próbnego skrobania nie wytrzymuje krytyki. Tymczasem badania Schickelego i Cortighery ustaliły, że macica musi być wogóle chorą, choć zarazki przeszły przez jej ściany i spowodowały zakażenie ogólne. To też Küstner oświadcza, iż nie widział na stole sekcyjnym przypadku, w którymby musiał żałować, że nie zrobił *extipartio uteri*.

Dla ustalenia wskazań chciano i tu zużytkowywać haemogramy i kierowano się wysoką leukocytozą z przewagą wielojądrzastych, z brakiem eosinophilów i basophilów.

Jako wskazania do *extirpatio uteri* uznaję skaleczenia macicy, to znaczy przebicie lub pęknięcie macicy i martwiczy mięśniak.

Gdy idzie o podwiązanie żył nie mam własnego doświadczenia. W obronie tej metody walczą Lequeux i Chomé; nie ulega jednak kwestji niemożność wykluczenia innej drogi, na której się zakażenie szerzy (idzie tu o drogi limfatyczne), niemożność ustalenia górnej granicy skrzepu i stanu schorzenia ścian żył. Wyniki procentowe leczenia operacyjnego i zachowawczego, zestawione przez Köhlera nie zachęcają do tego zabiegu.

Leczenie zachowawcze poza zapobieganiem jest leczeniem objawowem i przyczynowem. Stosujemy więc chininę i sporysz ze względu na odpływ odchodów, i środki przeciwgorączkowe szczególniej piramidon, na który chore dobrze reagują.

W tym samym celu ogólne owijania. Środki nasercowe pituitrynę i adrenalinę szczególne w soli kuchennej jako hypodermoclysę lub infuzję kropelkową. Nie stosowałam dotąd transfuzji krwi. W przypadkach ciężkich powinno się ją jednak stosować, gdyż do stracenia niema nic, a wedle Delmasa środek ten ma drażnić szpik kostny i narządy wytwarzające krwinki białe i zawiera ciała antybakteryjne i antytoksyczne.

Przy cuchnących odchodach stosuję niskie przepłukiwania pochwy, macicę płukałam wyjątkowo tam, gdzie przy badaniu stwierdziłam wielką ilość skrzepów. Wynik był zawsze bardzo dobry.

Z antyseptyków stosowałam dożylnie urotropinę 40%-tową ze zmiennem powodzeniem. Podkreślić tu muszę potrzebę wielkiego spokoju dla ciężko chorych, której nasze zakłady nie dają.

Preparaty srebrowe znalazły jak wynika z piśmiennictwa szerokie zastosowanie ze względu na to, iż wywołują hiperleukocytozę, działać mają hamująco na wzrost bakterji, (tak zwane działanie oligodynamiczne) i podnoszą wydatność wszelkich procesów życiowych (Leistungssteigerung).

Hiperleukocytoza rozpoczyna się hipoleukocytozą. Brak odczynu leukocytowego jest złym prognostykiem, dreszcz po zastrzyknięciu objawem dobrym choć nie wytłumaczonym. Hipotezy mówią tu o rozpadzie leukocytów, o reakcji na obce białko o rozpuszczaniu się bakterji i zatruciu i pochodnem z ich rozpadu.

Stosowałam w zakładzie collargol i elektrocollargol, czasami z dobrym skutkiem, niewiadomo *post* czy *propter*. Z grupy preparatów, stanowiących zestawienie srebra z barwikiem stosowałam argothion i argochrom dożylnie i wśródmięśniowo. Argochrom wprowadzony został do lecznictwa przez Edelmana i Müllera. Zestawienie to jest logicznie ugruntowane, albowiem wyzyskuje powinowactwo, jakie istnieje pomiędzy błękitem metylenowym a ciałem mikroba. Błękit metylenowy jest więc ogniwem, spajającym srebro z zarazkiem i umożliwiającym w ten sposób działanie srebra.

Odczyn na injekcję dożylną bywał niekiedy groźny, nie miałam jednak nigdy powodu żałowania zastosowania tego leku. W wielu przypadkach ciepłota po wstrząsie spadała nagle na stałe. Mam jednak przypadki z takim samym spadkiem ciepłoty bez argochromu. Z połączeń akrydynowych stosowałam trypaflawinę w ciężkim przypadku bez rezultatu.

Ilość preparatów stosowanych na ogół w zakażeniu połogowem jest duża i narasta dość szybko, a zapał wybucha czasami już po 5—6 przypadkach .Jednak przetworu, któryby usunął zakażenie tam, gdzieśmy stwierdzili streptokokka we krwi — nie znam.

Köhler cytuje szereg przypadków ze streptokokkiem we krwi, które się, wyleczyły same. Takich przypadków w mojej obserwacji niema, natomiast mam dużą ilość wyleczeń w przypadkach klinicznie nader ciężkich i powikłanych, ale krew była wtedy zawsze jałowa.

W ciężkich przypadkach stosowaliśmy bakterjoterapię w formie szczepionek *(strept. staphil* i *coli)*, jednak bez rezultatu. W niektórych innych przypadkach ciężkich stosowano surowicę. W jednym przypadku właśnie tam, gdzie kontrolne świnki morskie były zdrowe, wynik był dodatni.

Gdy zatem dotąd nie posiadamy ugruntowanego leczenia przyczynowego, należy się z całą energją zwrócić w kierunku zapobiegania. Zapobieganie w zakładach osiągnęło już niemal wszystko w sensie zwalczenia śmiertelności i kieruje się ono następującymi zasadami: badanie w rękawiczkach gumowych, ograniczenie badania *per vaginam ad minimum*, zastąpienie go przez badanie *per rectum* i najnowsza propozycja badania stanu ujścia zewnętrznego zapomocą wzierników metalowych okiem tak, by palec nie stykał się z raną. Wszystkie te zasady są tak słuszne, że nie potrzebują uzasadniania, gdy idzie o lekarzy. Gdy idzie o kształcenie akuszerek nie można ich przyzwyczajać do rękawiczek gumowych, których potem nie będzie a ze względu na

niedoskonałość metody badania *per rectum* i aseptykę, muszą one pozostać przy badaniu *per vaginam*. Mycie rąk jest mniejwięcej uzgodnione. Przygotowanie rodzącej jest bardziej sporne. Gdy idzie o przygotowanie miejscowe ogranicza się ono u mnie do mycia sromu wodą i mydłem i przepłukania pochwy nadmanganianem potasu. Kwas mlekowy jak z piśmiennictwa wynika, okazał się raczej zbędny.

Nader ważnemi usiłowaniami w kierunku rozbudowy zapobiegania szczepienia ochronne, jakie stosują na wielką skalę szkoła Bumma, francuska i grecka. W szkole położnych w Krakowie dotąd były robione one na zbyt małym materjale, by można było wyciągać wnioski. U szczepionych połóg był niejednokrotnie gorączkowy. Uodparnianie zapomocą surowicy przeprowadzał u nas Starzewski. Istnieje także metoda immunizacyjna zapomocą rtęci, której z doświadczenia własnego nie znam. Natomiast omówię tu krótko metodę uodpornienia na zakażenie, jaką będziemy stosowali na wezwanie kliniki warszawskiej. Klinika ta operuje ciałem z grupy leukostimulantiów, a mianowicie nucleinianem sodu. Środki z tej grupy mają na celu sztuczne wywołanie leukocytozy, ażeby przez powiększenie zdolności fagocytarnej zwiększyć siły odporne organizmu. Metoda ta ma już swoją przeszłość chirurgiczną, zapoczątkowaną przez Mikulicza i Miyake. W położnictwie u nas zapoczątkował ją Czyżewicz we Lwowie przez wstrzykiwanie nukleinianu sodu w postaci fagocytyny Rosenberga, a obecnie badania te prowadzi na klinice Czyżewicza Beck, stosując nucleinian sodu w ilości 0,05. Wzrost leukocytozy wynosi 49%. Wskaźnik fagocytarny wzrasta w tym samym odsetku. Jest to leukocytoza obojętnochłonna, lecz z przewagą ciałek młodych, z nieznaczną zaś jedynie zmianą wśród ciałek o większej ilości jąder. Tem się różni od leukocytozy naturalnej. Beck stwierdza, że zapobiegawcze podawanie nucleinianu sodu w przypadkach porodów, nie zdradzających zakażenia *a priori*, obniża znacznie odsetek połogów gorączkowych .Doświadczenia tego rodzaju opierać się muszą na dużym materjale, przeto przeprowadzimy obserwację tę i u nas.

Wobec istniejących dobrych statystyk zakładowych okazuje się, że jądro zagadnienia spoczywa w zapobieganiu pozazakładowem, to znaczy w zapobieganiu zakażeniu połogowem w życiu codziennem. Sprawa ta leży w Polsce niemal odłogiem i jest najpilniejszem naszem zadaniem.

By walczyć z nieprzyjacielem, trzeba znać jego liczbę i to jest pierwszy słaby punkt sprawy.

Oficjalna statystyka wykazuje, iż na obszarze Państwa Polskiego było w r. 1924 864 przypadków zachorowań z powodu zakażenia połogowego a 264 zgonów.

Sądzę, że nie odbiegniemy od prawdy, gdy przyjmiemy, że stan faktyczny jest co najmniej 5-krotnie wyższy, ale to są przypuszczenia, a my musimy operować faktami.

Gdy poznamy zakażenie połogowe pod względem ilości i rozmieszczenia i zabierzemy się do zwalczania go, to stwierdzimy, że idzie tu o 3 momenty: o rodzące, lekarzy i akuszerki.

Dla rodzących w rachubę wchodzi propaganda, dotycząca higjeny ciężarnej, rodzącej i położnicy i jej otoczenia i dostarczenia istotnej pomocy położniczej. Lekarzom praktykom, stykającym się z nieobliczalnym materjałem zakaźnym, należy jak najgoręcej polecić używanie rękawiczek gumowych, stosowanie badania przez odbytnicę, unikania tamponady i sprowadzenia operowania położniczego do niezbędnego minimum.

Ponieważ jednak u nas porody są w 90 kilku procentach w ręku akuszerek, przeto tu leży punkt ciężkości sprawy.

Od szeregu lat zwracam też w moich wykładach dla położnych baczną uwagę na zaprawianie ich do walki z zakażeniem połogowem. Ale w sprawie niesienia pomocy położniczej szerokim warstwom ludności jest jeszcze wiele złego do usunięcia.

Należy, i to jest bardzo pilne, w drodze ustawy uniemożliwić ingerencję babek, to znaczy kobiet nieszkolonych nigdzie. Należy baczną uwagę zwrócić na szkolenie i przeszkolenie położnych. Trzeba zniwelować rozbieżne typy i rodzaje nauczania i poddać je należytej kontroli. Nauczanie to należy upaństwowić i poddać rewizji istniejące podręczniki.

Niema co marzyć na razie o gumowych rękawiczkach dla akuszerek w życiu codziennym, natomiast należy im zakazać wszelkich rękoczynów, w szczególności tamponady, którą przy *praevii* i poronieniu robią na prawo i lewo.

Ideałem naszym jest doskonałe wykształcenie położnych w aseptyce co jest możliwe tylko przy wychowaniu ich w internatach, w djagnostyce położniczej zaś o tyle, by położne na czas odwoływały się do pomocy lekarskiej dla powierzonych ich pieczy kobiet.

Gruntowne kształcenie położnych w odpowiednio postawionych zakładach, organizacja opieki nad rodzącą, i praca laboratoryjna i kliniczna nad środkami, zwalczającymi zakażenie i zapobiegającymi zakażeniu, oto drogi, po których idąc dojdziemy do istotnego celu położnictwa, a tym jest, aby kobieta z ciąży i porodu wychodziła bez szwanku.

FEJLETON.

Roman MARKUSZEWICZ. Warszawa.

Myśl przewodnia psychoanalizy.

(Z powodu 70-tej rocznicy urodzin Zygmunta F r e u d a).

W dniu 6 maja b. r. upłynęło lat 70, od dnia, w którym światło dzienne ujrzał ten, któremu sądzone było spojrzeć na świat innemi oczyma i dostrzec to, co dla wszystkich dotychczas ukryte było: ewolucję życia psychicznego.

Dociekania nad objawami, zaczerpniętemi z psychopatologji życia codziennego, jak przemówienia się, czynności omyłkowe. a także analiza objawów histerycznych, doprowadziły F r e u d a do przekonania, że w życiu psychicznem podobnie jak i w zjawiskach przyrodniczych, niema nic przypadkowego, każde bowiem przeżycie ma nietylko swoją bezpośrednią przyczynę, lecz i genezę swojego powstania.

To genetyczne ujęcie życia psychicznego pozwoliło zastosować do psychologji kategorje myślenia przyrodniczego, została bowiem usunięta tak łatwa i do niczego nie obowiązująca możność „objaśniania" zastanawiających nieraz zjawisk psychicznych, jednem prostem, lecz i nic nie mówiącem słowem: przypadek. I podobnie, jak przed wielkimi ewolucjnistami życia organicznego, takimi, jak L a m a r c k i D a r w i n, taksamo i przed F r e u d e m stanęło zagadnienie, jak ująć genezę tych przejawów życia psychicznego, które z punktu widzenia świadomości były niezrozumiałe. Należało wobec tego sięgnąć głębiej i zastanowić się nad tem, czy psychologja instynktu nieda się powiązać z temi wyższemi świadomemi funkcjami psychicznemi, które dotychczas uważane były za jedynie miarodajne i nie pozostające w żadnym związku przyczynowym z instynktem, jako przejawem zwierzęcości.

Lecz historja powtarza się: podobnie jak C u v i e r walczył z L a m a r c k'i e m, objaśniając różnorodność gatunków zwierząt kataklizmami geologicznemi i nowemi aktami twórczemi i negując w ten sposób możliwość nawet związku genetycznego między człowiekiem a zwierzęciem, — w ten sam sposób twierdzono, że świadomość człowieka znajduje się conajwyżej w luźnym tylko związku z instynktem, objawy zaś psychiczne histerji i psychoz nic wspólnego nie mają z życiem psychicznem normalnem, — że są to jakoby kataklizmy psychiczne, które powodują powstanie psychiki odrębnej, niezrozumiałej.

F r e u d zerwał z tym przesądem, z tą fikcją tłumaczenia zapomocą przypadku, kataklizmu, — i szukał wytrwale, aż do dni ostatnich, odpowiedzi na zapytanie: dlaczego?

Nie znalazł na nie odpowiedzi w świadomości, lecz tem się nie zraził i badania swe prowadził dalej, starając się, początkowo w stanie hipnotycznym chorego, znaleźć odpowiedź, dlaczego powstał ten, a nie inny objaw histeryczny. I otóż odpowiedź znalazła się: objaw stał się zrozumiałym, jako symbol tych przeżyć chorego, które, jako dla świadomości przykre, zostały z niej usunięte, zapomniane, t. j. stłumione w nieświadomości. A więc żadne przeżycie nie zostaje wymazane z pamięci: wszystko żyje wraz z nami: i to, z czego dumni jesteśmy i o czem chętnie wspominamy, i to, czego wstydzimy się, a o czem, w imię naszej równowagi psychicznej, staramy się zapomnieć. Lecz zapomnienia bezwzględnego niema: przykre nasze przeżycia wypieramy do nieświadomości, gdzie one w dalszym ciągu żyją i wywierają na nas wpływ tembardziej ujemny, że, będąc w stanie utajonym, nie mogą być należycie odtworzone , stłumioną zaś swą energję psychiczną przejawiają w postaci zamaskowanej dla świadomości — w postaci objawu psychonerwicy.

W ten sposób poznał F r e u d nieświadomość tę, wielką krainę życia psychicznego, większą niż nasza biedna świadomość, która potrafi zachować tylko to, co jest jej miłe. Dla utrzymania więc równowagi psychicznej koniecznem jest silne tłumienie, tak samo jak okrętowi potrzebny jest balast, ażeby część okrętu pozostała pod wodą i aby w ten sposób możliwe było pływanie. Lecz w pewnych chwilach życia balast tego okrętu zmniejsza się: podczas snu, w stanie roztargnienia, przemówienia się — logiczne myślenie ulega osłabieniu, a wówczas nieświadomość przenika do świadomości, podobnie jak ukryta część okrętu wznosi się ponad wodę, a wtedy ta ukryta nieświadomość przejawia się symbolicznie w marzeniu sennem, lub w objawach psychopatologji życia codziennego.

Wobec tego metoda badania nieświadomości została poznana: należy tylko osłabić balast myślenia logicznego, kazać choremu kojarzyć dowolnie, bez najmniejszego wysiłku, a wówczas nieświadomość zacznie przenikać do świadomości, i staną się widoczne dla nas te przyczyny naszych poczynań, które przedtem były niezrozumiałe. A więc metoda kojarzeń i analiza marzeń sennych jest tą „drogą królewską" do poznania nieświadomości, o której mówi F r e u d. I wówczas obserwujemy, że to, co zostało stłumione, przenika do świadomości, wszelako w postaci zamaskowanej, t. j. w postaci symbolicznych obrazów, ażeby w ten sposób zmylić czujność świadomości. Rozumiemy w ten sposób symbolikę marzeń sennych, gdyż i podczas snu cenzura świadomości nie jest zupełnie wykluczona, lecz tylko osłabiona w swem działaniu.

Dzięki tej metodyce badania mógł F r e u d zbliżyć się do poznania nieświadomości. I wówczas okazało się, że właśnie instynkt seksualny ulega zazwyczaj u człowieka najsilniejszemu tłumieniu.

Lecz i wobec instynktu seksualnego F r e u d zastosował ten sam genetyczny pogląd, który był punktem wyjścia jego badań życia psychicznego, F r e u d wykazał, — i to jest jednym z największych odkryć tego badacza, — że instynkt seksualny nie jest nam dany w swej postaci dojrzałej — genitalnej, nie zjawia się dopiero w okresie dojrzewania płciowego, jak to przedtem wyobrażano sobie, lecz człowiek rodzi się z instynktem seksualnym, chociaż ten instynkt jest początkowo w innej postaci, w formie t. zw. cząstkowych poglądów, t. j. erotyki skóry, ust, oczu, odbytnicy. Dopiero ostateczną postacią genetyczną instynktu seksualnego jest okres genitalny, który w swej postaci końcowej przejawia się w czasie dojrzewania płciowego.

Zdawałoby się, że to odkrycie F r e u d a zostanie najłatwiej przyjęte, gdyż trudno przypuścić, aby instynkt seksualny zjawiał się dopiero w okresie dojrzewania płciowego, i to tembardziej, że nauka o perwersjach nie da się pogodzić z poglądem, jakoby przejawy życia seksualnego związane były tylko z organami rozrodczemi.

Lecz właśnie ten genetycznie uzasadniony pogląd F r e u d a na istotę instynktu seksualnego wywołał najwięcej sprzeciwu i niezrozumienia. Dosyć byłoby tylko aby pamiętać, że seksualność nie jest bynajmniej, w znaczeniu F r e u d a, identyczna z pojęciem genitalności, a więc erotyka dziecięca różni się zasadniczo, biologicznie, od erotyki dojrzałego człowieka: dziecko bowiem rozporządza erotyką wielopostaciową, t. j. skórną, ustną, oczną itd.

To genetyczne pojęcie instynktu seksualnego pozwala nam zrozumieć różnego rodzaju perwersje, które są wynikiem przedostania się do świadomości tych cząstkowych popędów instynktu seksualnego, jakie obserwujemy podczas psychoseksualnego rozwoju dziecka.

W myśl tego poglądu genetycznego zrozumiałem jest również, dlaczego u podłoża histerji i psychonerwic zwykle znajdujemy zaburzenia instynktu seksualnego, instynkt ten bowiem nie jest nam dany w postaci gotowej, lecz przechodzi cały szereg okresów rozwojowych. A wobec tego może ulec różnego rodzaju zaburzeniom, jak zahamowaniom w rozwoju, zatrzymaniu się na pewnym okresie rozwojowym. W zaburzeniach rozwojowych instynktu seksualnego odgrywa dużą rolę skierowanie się instynktu tego na ukochane osoby z najbliższego otoczenia dziecka, t. j. na ojca i matkę. O ile powiązanie to jest zbyt silne, powstaje wówczas t. zw. kompleks Edypa, t. j. konflikt między miłością do jednego z rodziców, a moralnością, która piętnuje to uczucie, jako kazirodztwo.

F r e u d oprócz nieświadomości wyodrębnia t. zw. popędy osobowości, które dążą do zachowania osobnika i umożliwiają mu dostosowanie się do wymagań społeczeństwa. Osobowość bowiem powstaje przez ciągły proces utożsamienia się z osobami, które dziecko kocha, a więc z rodzicami, nauczycielami, bohaterami książek czytanych, i w ten sposób powstaje ideał jaźni, który jest tą najwyższą instancją, nakazującą spełnianie zadań społecznych i tłumienie w sobie tego wszystkiego, co jest niemoralne.

W ten sposób ideał jaźni, na który dziecko przenosi swój pierwotny narcyzm (umiłowanie samego siebie), jest tą siłą, która przeciwstawia się nieświadomości i powoduje tłumienie. Ostatecznym zaś wynikiem tłumienia jest proces sublimacji, t. j. akt skierowania niezużytkowanej energji psychicznej popędu seksualnego na cele wyższe pozostające w zgodzie z ideałem jaźni.

Znamy więc obecnie dwie siły, które nawzajem zwalczają się: nieświadomość i ideał jaźni, a tem samem widzimy już zawiązek konfliktu, który rozgrywa się w duszy każdego człowieka. Wiemy, niestety, zbyt dobrze, jak często pożądanie nie da się pogodzić z naszym ideałem jaźni, a wówczas, jeżeli chcemy go zachować, pozostaje nam wyrzeczenie się tego pożądania, rezygnacja z roskoszy — tłumienie. Lecz jeżeli objekt pożądany był nam zbyt drogi, to jasnem jest, że tłumienie to nie będzie dostateczne. A wówczas to niedotłumione pożądanie ciągle nas będzie niepokoić: można wreszcie zapomnieć objekt pożądany, lecz żyć będzie wiecznie w nas uczucie doznanego zawodu i żal, że to, czego nie było, być przecież mogło. I stłumiwszy ten objekt, nieraz życie całe szukać będziemy innego objektu, bodaj zastępczego tylko, aby dać ujście temu przeżyciu, które nie mogło być zupełnie stłumione.

A jeżeli wyobrazimy sobie jeszcze, że to uczucie doznanego zawodu dotknęło człowieka, który podczas swego rozwoju psychoseksualnego doznał pewnych zahamowań, tak że *libido* utrwalone zostało na pewnym okresie popędu cząstkowego, to wówczas występuje represja, t. j. powrót do tego okresu dzieciństwa, w którym rozkosz mogła być pełniejsza ze względu na ten najbliższy objekt seksualny, na który była skierowana. I dlatego w objawach chorobowych przejawiają się symbolicznie różnopostaciowe perwersje dziecięce, jako pozostałości niedotłumionych popędów cząstkowych.

W ten sposób rozumiemy z punktu widzenia genetycznego psychonerwicę, jako cofnięcie się do tego okresu psychoseksualnego rozwoju, który w życiu osobnika został najsilniej utrwalony, a wobec tego objaw chorobowy odpowiada niedotłumionemu cząstkowemu popędowi seksualnemu. Te właśnie cząstkowe popędy seksualne, które nie mogły być zużyte w całej pełni podczas dzieciństwa, — obecnie w psychonerwicy znajdują sobie ujście. Lecz ponieważ ideał jaźni zostaje zachowany, występuje tłumienie, i dlatego te cząstkowe popędy przejawiają się podczas choroby w postaci symbolicznej. Tylko wtedy, gdy niema tego procesu tłumienia, popędy cząstkowe występują w postaci niezmienionej, a wówczas mamy do czynienia z perwersją.

W ten sposób psychonerwica jest, według poglądu F r e u d a, negatywem perwersji. A co najważniejsze, nietylko psychonerwice, lecz i perwersje stają się zrozumiałe z punktu widzenia rozwoju instynktu seksualnego.

Ten genetyczny pogląd na histerję podkreślił F r e u d jeszcze bardziej przez wykazanie w histerji i w psychozach pozostałości z rozwoju nie tylko ontogenetycznego, lecz i filogenetycznego. F r e u d wykazał bowiem daleko sięgające podobieństwo w życiu psychicznem neurotyka i człowieka pierwotnego, nakazy, płynące z tych samych kompleksów, co zewnętrznie przejawia się w analogicznych formach myślenia, t. zw. magicznego. Zapewne te magiczne myślenie, które obserwujemy również w psychozach i w marzeniu sennem ma swoje głębsze podstawy i ukryte znaczenie, które możemy zrozumieć dzięki psychoanalizie. A w ten sposób, podobnie jak objawy histeryczne, psychoza staje się zrozumiałą: rozumiemy bowiem znaczenie głębokie myślenia symbolicznego naszych chorych.

Przechowujemy więc w psychice naszej ślady rozwoju nie tylko ontogenetycznego, lecz i te pierwotne warstwy psychiczne, które drzemią w nas, lecz są zawsze gotowe do przejawienia się, specjalnie wówczas, gdy np. podczas snu, lub choroby cenzura ideału jaźni staje się słabszą.

Widzimy więc na każdym kroku, że chcąc genetycznie zrozumieć życie psychiczne człowieka, musimy wyjść z instynktu, jako tego pierwotnego źródła energji psychicznej, która, przeobrażając się dzięki różnym mechanizmom, nigdy nie zatraca związku ze swą pramacierzą. I podobnie jak jest niezniszczalną energja, z punktu widzenia fizyki, również i energja psychiczna jest niezniszczalna, zdolna tylko do coraz to innych przeobrażeń, a w chwilach napotkania na zbyt silny opór świata zewnętrznego, cofa się wstecz i wraca do swej pierwotnej postaci instynktu seksualnego, — podobnie jak para wodna skrapla się przy zbyt wielkiem ciśnieniu.

W poglądzie więc genetycznym na życie psychiczne tkwi dynamiczne ujęcie jego przejawów: jest to bowiem ten wieczysty silnik, który dąży do wyładowań w coraz to innej postaci. A wówczas zmienia się tylko postać, lecz treść zawsze zostaje ta sama. Zastosowanie tego wielkiego prawa przyrody do życia psychicznego człowieka umożliwiło powstanie psychologji, opartej na prawach przyrodniczych. Tą właśnie psychologją, której myślą przewodnią jest e w o l u c j a d y n a m i c z n a, jest psychoanaliza, — nauka stworzona przez Z y g m u n t a F r e u d a.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Zofja WEPPERÓWNA. Lwów.

Leopold Lafontaine i jego poglądy na istotę kołtuna.

Oddział skórny męski Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
(Prym. Dr. Michał Świątkiewicz).

Zagadnienie kołtuna stanowi w historji medycyny zamkniętą całość, tak, że trudno już do tej kwestji dodać coś nowego lub własnego. Równie trudno jest podać całokształt wiadomości o kołtunie, obejmujący piśmiennictwo kilku wieków, coby zresztą wychodziło poza ramy krótkiego fejletonu. To, co zamierzam tu powiedzieć obejmuje mały fragment dziejów kołtuna, interesujący może, jako dokument w rozwoju poglądów na jego istotę.

Ciekawa z wielu względów książka Leopolda Lafontaina, lekarza nadwornego Stanisława Augusta, której tytuł brzmi: „Rozprawa o kołtunie", jest klasycznym wyrazem poglądów ówczesnego medyka, na jedną z chorób, która dla nas obecnie mało interesu przedstawia, w owym czasie jednak stanowiła ośrodek zainteresowania świata lekarskiego. Aby móc ocenić ile jest w tych wywodach zacnego lejbmedyka jego własnych myśli i spostrzeżeń, ile naleciałości z dawnych czasów, a ile śmiałych nowinek, zdobywających mu sławę modnego lekarza, należy ustalić okres historyczny, w którym to dzieło powstało i stwierdzić, jakie poglądy wówczas w dermatologji istniały. — Pierwszy i najdawniejszy okres historji dermatologji obejmuje czas od Hippokratesa aż do połowy XVIII. w. Jest to okres humoralizmu i teoretycznych spekulacji. Drugi znacznie krótszy trwa od r. 1750—1850. W okresie tym tworzenia systemów dermatopatologicznych, zaczyna się budzić dążność do wyzwolenia się z wpływów nauki humoralnej. Wydanie wspomnianego dziełka przypada na r. 1792, a więc na koniec pierwszej połowy okresu drugiego. Autor tkwi jednak jeszcze zupełnie w poglądach humoralnej patologji, pomimo, że nie obcą mu jest potrzeba uzupełniania wywodów teoretycznych, spostrzeżeniami praktycznemi. Dzieło swoje zaczyna cytatem Sellego: „Był czas w którym tylko teorje miały znaczenie. Wiek obecny jest wiekiem spostrzeżeń". (Selle z Berlina był lekarzem przybocznym Ignacego Krasickiego, biskupa warmińskiego).

Według teorji humoralnej wszelkie schorzenia skórne uważane były za produkty zmian patologicznych soków ustroju „humores", wytwarzające się na skórze jako wyraz samoleczenia ustroju i ostatecznego zejścia choroby. Dlatego też leczenie objawów skórnych było niedozwolonem, wszelkie tzw. „chowanie się" wysypek, (po niemiecku „Zurückschlagen"), uważanem było za *signum mali ominis*, oznakę pogorszenia lub nawrotu choroby. Nie można dziwić się, że ludzie za czasów Laf. pielęgnowali swój kołtun nieraz przez całe życie z obawy o zdrowie. Dzisiaj wiemy, że kołtun jest chorobą występującą tylko u ludzi, u których używanie grzebienia, jak mówi Joseph jest zbytkiem. Według L. kołtun jest to choroba endemiczna, znana głównie w Polsce i krajach ościennych. Laf. podaje jeszcze następujące nazwy: trichoma, Wichtelzopf czyli Weichselzopf, a także polską nazwę gwoździec czyli goździec od której wywodzi się późniejsza nazwa gościec na oznaczenie bólów reumatycznych. Nazwa Weichselzopf nie pochodzi bynajmniej od niemieckiej nazwy Wisły-Weichsel, ale od słowa Wicht albo Wichtel (także Bichtel — niechrzczone dzieci), z czego Wichtelzopf, Wixelzopf i Weixelzopf. W innych podręcznikach znaleźć można jeszcze cały szereg nazw łacińskich, jak: *lues sarmatica* lub *pocutiensis, capillitium intricatum, cirrhagra* (agrapętla), *plica polonica*, (*πλίχω*-plotę), *coma caesarea, morbus cirrhorum helotides itd.* Obok wymienionej powyżej polskiej nazwy gwoździec, istnieją jeszcze następujące nazwy: wieszczyce, skrzot, skrzyce. Etymologja tych wyrażeń wskazuje na pochodzenie ich z dziedziny wierzeń w siły nadprzyrodzone. Wieszczyce oznacza warkocz czarownic, skrzot to bóstwo opiekuńcze dawnych Słowian, krzczyce znowu warkocze. Następnie wszystkie nazwy, mające wspólny rdzeń „koł" (coś okrągłego), a więc kołty, kołtki (także bóstwa opiekuńcze), kołtón, kołtan, i ostatnią, używaną w piśmiennictwie naukowem „kołtun". Kiedy choroba ta po raz pierwszy wystąpiła Lafont. powiedzieć nie umie. U Arabów, Greków, Rzymian wzmianki o niej nie znalazł. Kwestją pierwszego wystąpienia kołtuna w Polsce zajmuje się bardzo pobieżnie. Zadawala się tylko wzmianką, że według nowszych autorów kołtun zawlekli Tatarzy do kraju w r. 1387. Wersja ta o tatarskiem pochodzeniu kołtuna powtarza się w całym szeregu dzieł o tej chorobie. Według Weesego, za którym to samo powtarza Gąsiorowski, podanie to mające podłoże dość fantastyczne, polega na nieścisłem powtórzeniu źródeł przez historyka Pastorjusza de Hirtenberga w r. 1679. W kronikach Długosza i Kromera znajduje się mianowicie wzmianka o wystąpieniu w roku 1288 za czasów panowania Leszka Czarnego po raz pierwszy moru. Mór ten rozszerzył się podówczas endemicznie w Polsce, wrzekomo z powodu zatrucia wód przez Tatarów sercami zmarłych na tę chorobę. Hirtenberg podał przypuszczenie czy choroba przez tych dwu kronikarzy opisana nie jest właśnie identyczna z kołtunem, którego początku nikt dokładnie nie podaje. Myśl ta pokutuje od tego czasu we wszystkich podręcznikach. W r. 1800 Kurt Sprengel w swojem dziele: „Versuch einer pragmatischen Geschichte der Medizin" przytacza tę wzmiankę Hirtenberga już jako fakt historyczny. Podnieść jednak należy, że Sprengel nie znał opisu moru z oryginalnych kronik Długosza i Kromera, a tylko z przypisków Solignaca (1763). To zestawianie równorzędne moru z kołtunem jest może jedną z przyczyn dla których kołtun wyobrażano sobie przez długie wieki jako ciężką chorobę organiczną, skomplikowaną objawami najrozmaitszego rodzaju. Jednakże nawet zdyskwalifikowanie tej wersji jako błędu historycznego nie wyjaśnia jeszcze w którym czasie opisano pierwsze przypadki kołtuna w Polsce. Ustalenie tego punktu staje się coraz trudniejszem zadaniem dla historyków w miarę oddalania się od źródeł podań. Weese cytuje zdanie Stefana Macka (Stabela) z r. 1724. o kwestji początków kołtuna: *„Quod vero de prima hujus mali origine nihil diximus, nemo nobis vitio vertet. Ignota adhuc manet prima plicae origo, propter ignorantiam causarum verarum; melius enim est nihil, quam ficta et falsa dicere aut statuere"*. Sam Weese na podstawie licznych cytatów (głównie Erazma Sykstusa, lekarza lwowskiego z r. 1617) proponuje koniec XVI w. jako datę pierwszych opisów, a Pokucie jako kolebkę kołtuna, a Chłędowski każe cofnąć się do r. 1573. Zakrzewski Florjan wspomina o jakimś manuskrypcie czeskim z r. 1325, w którym jest wzmianka o chorobie zwanej żiwy wlas albo krtice. Nazwy te są czeskimi nazwami kołtuna, a manuskrypt uważa Zakrzewski za najstarszy dokument w historji kołtuna. Pierwszym znanym opisem kołtuna z Polski jest list Wawrzyńca Starnigeliusa, rektora Akademji w Zamościu z r. 1599, skierowany przez niego do konferencji paduańskiej. List ten miał wręczyć Niedźwiecki, który podobnoś sam cierpiał na kołtun.

Lafontaine jednakże nie jest historykiem i sprawa ta nie przedstawia dla niego interesu. Zajmuje się on tylko kliniką i terapją kołtuna. Według niego właściwa materja chorobowa, miasma osadza się we włosach, niekiedy też i w paznokciach, zwłaszcza u osób, które włosów nie posiadają. Pierwotnem siedliskiem tej lepkiej ostrej materji jest *lympha*. Właściwości tej materji są równie trudne do określenia, mówi autor, jak przy skorbucie, zołzach, skrofułach, kile i artretyzmie. Tyle tylko można powiedzieć, że materje tych chorób nie biorą udziału przy powstawaniu kołtuna. Większość autorów dotychczasowych uważała kołtun, kiłę i szkorbut za jedną postać chorobową. Laf. występuje więc tu ze sądem samodzielnym, wyprzedza nawet swoich następców, jak np. Brandta, który znowuż utrzymuje, że kołtun jest jednym z objawów artretyzmu, lub Józefa Franka, który utożsamia kołtun z trądem *(lepra)*. Czystość i wyczesywanie włosów, — wywodzi w dalszym ciągu autor, nie chronią przed nabyciem choroby. Próby badania własności chemicznych materji kołtunowej, rozbijają się o niemożność jej wydobycia. Odcinanie bowiem kołtuna świeżego może mieć najgorsze następstwa dla chorego, wywołuje częstokroć ślepotę, drgawki epileptyczne, albo śmierć zgoła przez udar serca. Choroba ta, powiada L. nie oszczędza ani wieku, ani płci, ani stanu, ani nawet obcoprzybyszów. Jest dziedziczna, przechodzi z ojca na syna, dzieci przychodzą na świat już z tą chorobą we włosach. Czasami dziwnym zbiegiem okoliczności jedno pokolenie jest wolne, kołtun przechodzi z dziadka na wnuka. W dalszym ciągu stwierdza autor skłonność do nawrotów przy tej chorobie, zjawiających się co 2, 3, 4 lata. Co do koloru włosów, to według L. wszystkie rodzaje ulegają kołtunowi, najczęściej jednak włosy jasnobrązowe, miękkie. Jeden tylko rodzaj włosów wolny jest od objawów kołtuna: są to włosy siwe. „Nigdy powiada autor — nie widziałem kołtuna u osób starych, o zupełnie białych włosach". Choroba przenosi się przez przedmioty użytku, także przez *coitus*, przyczem równocześnie zarazić się można kiłą, następnie u osesków przez zakażone kołtunem karmicielki. Najlżejszą postacią jest zarażenie przez suknie lub kapelusze Objawy i ich nasilenie zależą od okresu przechodzenia materji do włosów i krytycznego jej osiadania. Nie ma właściwie objawu, któregoby autor w danej okoliczności nie zaliczył do objawów kołtuna. Najpospolitsze według niego są: bole reumatyczne, uczucie ciężkości w kończynach, bole w okolicy rdzenia, w oczodołach, zawroty głowy, astma, szum w uszach, zapalenie oczu i łzawienie. Następnie silne bole głowy z uczuciem świądu we włosach, melancholja, u kobiet zaburzenia w menstruacji, a jako bardzo charakterystyczny objaw podaje autor gromadzenie się wosku usznego w wielkiej ilości. Do objawów szczególnych zalicza w dalszym ciągu skłonność do alkoholizmu, specjalną ochotę

do jednych pokarmów, a niechęć do innych. „Jednem słowem — powiada w pewnem miejscu — podobieństwo tych objawów do tych, które spotykamy u kobiet w ciąży jest frapujące i niezwykłe".

Wybuch tej choroby, względnie jej kryzę zapowiada wystąpienie lepkich potów, zmniejszenie bolów, a następnie to, że włosy stają się tłuste i nabierają wstrętnego zapachu. Im dłużej przebywa materja chorobowa w sokach ustroju, tem groźniejsze objawy tej choroby. Czasem jednak powstaje kołtun bez żadnych objawów wstępnych. „Ja sam opowiada autor — widziałem pewnego razu, jak taki kołtun wytworzył się nagle u pewnej damy, podczas obiadu przy najlepszym apetycie i humorze". Jeżeli włosy nie mogą wchłonąć całej materji, natenczas pękają w środku, i materja wylewa się na zewnątrz. Dowodem tego ma być ogromna ilość wszy, które gromadzą się na głowie w trzeci dzień po kryzie. W tem miejscu zaprzecza L. twierdzeniom starszych autorów, jakoby z tych włosów wyciekać miała kiedykolwiek krew. Następuje systematyka kołtuna. Autor odróżnia przedewszystkiem następujące trzy postacie: 1) Kołtun prawdziwy, 2) kołtun fałszywy, 3) kołtun prawdziwo-fałszywy. Prawdziwy to jest taki, który wytworzył się już po krytycznem osadzeniu się materji we włosach. Fałszywy powstaje tylko z powodu zanieczyszczenia głowy bez udziału materji. Prawdziwo-fałszywy wytwarza się z chwilą, kiedy kołtun prawdziwy po oddzieleniu się od głowy wisi na nowo odrosłych włosach, które z powodu niemożności ich rozczesywania skołtuniają się w dalszym ciągu. Następnie odróżnia autor kołtun 1) pojedynczy, do którego zalicza kołtun połowiczy i 2) kołtun wielokrotny. Dalej stwarzą jeszcze dwa typy t. j. 1) kołtun rozpoznawalny i 2) nierozpoznawalny. Kołtun rozpoznawalny można na pierwszy rzut oka stwierdzić, nierozpoznawalny wytwarza się we włosach poprzednio ufryzowanych i upudrowany noszony bywa przez panie w czepeczkach, a przez panów w harbajtlach. Z tego można wyciągnąć wniosek, że czesanie włosów było w owym czasie czynnością, której zbyt często nie powtarzano.

Co do terapji kołtuna, to autor wyraża się dość oględnie. Przed przejściem krytycznem materji chorobowej do włosów, należy podawać — powiada — środki łagodzące i rozcieńczające tę materję, a więc: bardana (kopian), r. *graminis* (perz), *saponaria* (mydlnik), *cichorium* (podróżnik), *taraxacum* (brodawnik mleczowy), *sassafras, guajacum, fumarja* (kokorycz) etc. O ile te łagodne środki roślinne nie pomagają, należy je połączyć z energiczniejszymi, jak *extr. aconiti, cicutae, fumar-flores sulphuris, tinct. antim., thedenii, morsulae antimonii*. Antymon odgrywa taką rolę przy kołtunie, według L. jak rtęć przy kile. Jeżeli kołtun łączy się z kiłą natenczas należy stosować sublimat. Z chwilą kiedy miasma jest należycie przygotowana do przejścia we włosy, podaje autor środki napotne, jak *spir. Mindereri, mixtura simplex, alkali volatile fluor, pulvis Doveri, aconitum* z kamforą. Wszystkie te środki podawać można jedynie w przypadkach bezgorączkowych. Z chwilą wystąpienia gorączki należy stosować środki antiphlogistyczne, ew. upust krwi. Nie można dziwić się, jeżeli autor opisuje rozmaite stany gorączkowe przy tej chorobie, zważywszy, że pod zbiorową nazwą kołtuna podporządkowuje prawie wszystkie choroby, których przyczyn powstawania określić nie jest w stanie. I tak zalicza tu: rzucenie się materji na mózg, płuca, kiszki, dalej dyzenterję, melancholję, stany maniakalne, zapalenie rogówki, zaćmę, wrzody kończyn dolnych i gangrenę. Opis przypadku podano niżej, wskazuje na to, jak należy oceniać podane przez L. przypadki kołtuna. Oto co pisze autor: „Pewna kobieta 26-letnia cierpiała od dłuższego czasu na rozmaite przypadłości: bicie serca, uczucie duszności, silny kaszel, kłucie w boku. Prócz tego miała skłonność do alkoholizmu. Pewnego razu po wypiciu większej ilości alkoholu dostała krwioplucia, wskutek czego powstały następnie wrzody w płucach, w takim stanie zdrowia zastałem ją po raz pierwszy przed 7 laty. Była bardzo osłabiona, kaszel był silny, plwocina w wielkiej ilości, gorączka bardzo wysoka. Zaleciłem jej chininę, ośle mleko, wodę selterską, mech islandzki (który w owym czasie był używany jako środek do sporządzania, zup, kaszek, chleba, i t. p.), przebywanie w czystem powietrzu. Nastąpiła wybitna poprawa, ale w jakiś czas potem chora dostała bolów głowy. Zastosowanie wezykatora na krótki czas przyniosło jej ulgę. Pojawiły się lepkie poty na głowie, jako zapowiedź kołtuna, który stopniowo zaczął się wytwarzać. Te dobre widoki powrotu do zdrowia, jak i zmniejszenie się kaszlu i plwociny, sprawiły, że chora wróciła do wódki. Objawy pogorszyły się znowu, po 6 tygodniach nastąpiła śmierć". To co autor opisuje jest niewątpliwie gruźlicą. Czy obecnie po stwierdzeniu zapomocą badania mikroskopowego prątka Kocha w plwocinie i ustaleniu djagnozy może lekarz dzisiejszy przepisać coś o wiele skuteczniejszego, niż zrobił L.? A jednak jak dalekie jest jego rozumowanie od naszego sposobu myślenia. Przez swoje środki chce tylko ułatwić przedostanie się materji kołtunowej do włosów i w tem widzi zbawienie chorej, która prawdopodobnie równocześnie wskutek zaniedbania hygjeny uległa tak powszechnej wówczas wszawicy, a następnie kołtunowi.

Lecz wróćmy do zasad ogólnej terapji. Po ukończonej kryzie stosuje autor środki zewnętrzne, jak parówki, ciepłe okłady (Bähungen), mycie włosów odwarami roślinnymi, jak *lycopodium*, malwą, ślazem, szałwią i t. d. Także okład z odwaru mydła stanowi dobry środek na występujące w tym okresie bole głowy. Gdy wszystkie te środki zawiodą i kołtun sie nie wytworzy, natenczas radzi autor stosować inokulację, szczepienie kołtuna. Polega ona na tem, że nakłada się czepek na głowę takiego chorego, który już ma kołtun dostatecznie świeży jeszcze i po kilku godzinach przenosi na głowę chorego, który go jeszcze nie ma. „Inokulację taką przedsięwziąłem niejednokrotnie i z najlepszym skutkiem" — powiada autor. Jest to zdaje się metoda przez niego podana, a w każdym razie stosowana i propagowana. W rozprawie Aug. Wolffa znajdujemy wzmiankę, że także Alibert „doświadczał szczepienia, ale takowe mu się nie udało". Na szczęście dla L. i jego pacjentów autor niepoleca inokulacji ogólnej, jak przy ospie. „Istnieje wiele tysięcy ludzi — stwierdza — którzy przez całe życie wolni są od kołtuna i jest różnica o całe niebo w ilości tych, którzy nie zarazili się kołtunem, a tych którzy nigdy nie mieli ospy".

Cały osobny rozdział poświęca autor kwestji odcinania kołtuna. I tu wyraża bardzo oględnie swe zdanie. Kołtun odcinać należy tylko wtedy, kiedy już całkiem wysechł. Naprzod odcinać można tylko końce włosów, aby się przekonać czy dojrzał już do operacji. Jeżeli kołtun odcięto w zbyt świeżem stadjum, należy go wszczepić z powrotem, co się po największej części udaje, przyczem wytwarza się jakgdyby *callus*, podobnie jak przy zroście kości. Nie zapomina też autor przy każdej okazji zalecać swym chorym posilnego i higjenicznego odżywiania się, dla przyśpieszenia kryzy. Zachwala poświęcając mu kilka stron druku, barszcz polski, który uważa za doskonały środek przeciwko szkorbutowi. Widzimy, że L. był zwolennikiem teorji o witaminach, w $1^1/_2$ wieku przed jej powstaniem. Na końcu książki znajdujemy ryciny, przedstawiające rozmaite postacie kołtuna.

Książka L. pisana na dworze Stan. Augusta, wydana została w Lipsku w języku niemieckim, ponieważ autor nie władał dostatecznie językiem polskim, jak wyraźnie zaznacza Bergonzoni, biograf Laf. W Niemczech wywołała ona zachwyt. L. otrzymał za nią dyplom honorowy uniwersytetu w Hall. W literaturze polskiej była przez dłuższy czas przedmiotem żywej dyskusji i krytyki. Bergonzoni lekarz współczesny L. wydaje następującą opinję o jego dziele: „Część teoretyczna nie zawsze się zgadza z mniemaniami różnych Lekarzy; leczenie zaś jest okazane w dobrym sposobie, podług dzieła zasady. Lecz mówić nie można, żeby ta materia była przez niego rozstrzygnięta, i do dziś dnia daleko jest od tego, mimo różne mniemania pisarzów innych narodów. A jeżeli krajowi lekarze nie będą zgodnie tej rzeczy zgłębiali, przenosząc dobro społeczności nad przesądy, podobno świat nigdy nie będzie miał prawdziwego wyobrażenia tej choroby. Pióra szczególne nie mogą trafić do prawdziwego celu, trzeba tu narażać się, znosić się i porównywać tysiące okoliczności i badania, co nie może bydź dziełem jedney, ale wielu osób gorliwie około tego pracujących". Brandt Franciszek pomawia L. o brak dojrzałości, ponieważ jego sąd o dziedziczności opiera się wrzekomo na gołosłownych twierdzeniach. Przyznaje jednak, że inni autorowie „terapeutyczni", uważają to dziełko za wzorowe. Nawet Tadeusz Czacki, choć nie lekarz w liście do Jana Bartscha wydaje swoją opinję o rozprawie L. tak bardzo podówczas popularnej. W 40 lat po ukazaniu się rozprawy Laf. czytamy u Zakrzewskiego: „Geschichte des Weichselzopfes": „Przekonywującym spostrzeżeniom Laf. udało się wreszcie wywalczyć dla kołtuna miejsce w rzędzie jednostek chorobowych. W tym czasie, kiedy lekarze krajowi i zagraniczni dostarczali o nim wiadomości tak mało wyczerpujące, L. podał epokowe wyniki doświadczeń i spostrzeżeń z własnej praktyki, wykonywanej od szeregu lat w Polsce. Dzieło jego doszło w świecie lekarskim do takiego znaczenia, jakiego nie osiągnęło żadne inne. Nie da się zaprzeczyć temu, że teorji Laf. nie można obecnie przyjąć bez zastrzeżeń i że jego spostrzeżenia wymagają jeszcze wielu sprostowań; jednakowoż to, co on stworzył pozostaje zawsze podstawą wszelkich przyszłych doświadczeń, nawet wtedy, gdyby znajomość nasza o tej chorobie postąpiła tak daleko, jak sobie tego życzymy". A w innem miejscu: „Nie jeden dziesiątek lat wystarczyła nam klasyczna rozprawa Laf., która usunęła w cień wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia i pomimo wielu braków potrafiła zachować pełną swoją wartość".

W r. 1809 została rozprawa Laf. przetłómaczna na język francuski przez Jourdana i wydana pod tytułem: „Traite de la plique polonaise". Istnieje oprócz tego wydana przez samego Lafontaina w Recueils périodiques de la Société de médécine de Paris: „Letre sur la plique polonaise", która jednakże nie jest identyczna z „Rozprawą o kołtunie". Jest to odpowiedź dla Larreya.

Szczegóły z życia Laf. podaje Bergonzoni w biografji, zatytułowanej: „Życiopism Lafontaina" — „Leopold Lafontaine, Dr. medycyny i chirurgji urodził się w r. 1756 w mieście Biber nad rzeką Biber w Szwabji. Ojciec oddał go do klasztoru benedyktyńskiego, gdzie miał brata opatem, chcąc aby i syn był księdzem; czemu się nasz L. oparłszy uzyskał pozwolenie rodziców do udania się do Strasburga dla oddania się naukom lekarskim; skąd po ukończeniu zawodu swego pojechał do Wiednia i tu pod sławnym Brambillą w Akademji Józefińskiej cały rok pozostawał". (Gąsiorowski). Jako lekarz austrjacki wojskowy dostał się do Tarnowa. Po wystąpieniu z wojska osiadł w Krakowie, jako lekarz praktyczny, uzyskawszy poprzednio dyplom na Uniwersytecie krakowskim, szczególnie za wykazanie wiadomości w operowaniu katarakty i wykonywaniu litotomji. Następnie przez czas jakiś przebywał w Krzeszowicach, gdzie przyczynił się bardzo skutecznie do podniesienia frekwencji i urządzeń tego zdrojowiska. Napisał też rozprawę: „Opisanie skutków i używania ciepłych siarczystych, y zimnych żelaznich kompieli w Krźezowicach". W r. 1787, a więc w 31 r. ż. został powołany przez ks. Michała Poniatowskiego na dwór królewski do Warszawy i zamianowany nadwornym chirurgiem:: „Wirklicher Leibschirurgus", gdzie urząd ten sprawował ze sławnymi naonczas lekarzami: Boechlerem ze Strasburga, Stollem i Gagatkiewiczem. W r. 1807 został zamianowany protochirurgiem jeneralnym wojsk polskich. W r. 1812 mimo słabego zdrowia wyruszył z wojskiem polskiem na wojnę i za pełną poświęcenia pracę otrzymał krzyż legji honorowej. W tymże roku dostał się do niewoli rosyjskiej i umarł w Mohylowie w wieku lat 56. Był członkiem licznych towarzystw naukowych w kraju i zagranicą, członkiem honorowym Uniwersytetu krakowskiego. Położył znaczne zasługi około rozpowszechniania ochronnego szczepienia ospy, straciwszy poprzednio troje własnych dzieci na tę chorobę. Zorganizował szpital wojskowy w Lublinie. Występował energicznie przeciw partactwu i partaczom. Znany był ze swej szczęśliwej ręki w zabiegach operacyjnych. Praktykę miał rozległą. Zjeżdżano się do niego ze wszystkich stron kraju. Wydawał w r. 1801 i 2 popularne czasopismo lekarskie: „Dziennik zdrowia dla wszystkich stanów", przyczem artykuły jego francuskie tłómaczył na język polski Jakób Adamczewski. Jako autor jest to człowiek światły i oczytany, wstrzemięźliwy w sądach. Zapewnia nas na wstępie swojej książki, że mówić będzie tylko o tych rzeczach, których prawdziwość „buchstäbliche Wahrheit" własnem doświadczeniem potwierdzić może. Niemniej zdarzają mu się opisy przypadków i sposobów leczenia w naszych oczach conajmniej mało prawdopodobne. Bibliografję podaje bardzo obfitą, powołuje się częstokroć na Lorryego, który uchodził wonczas za pioniera nowych ideji i którego podręcznik chorób skórnych zawiera wiele ciekawych i do dziś cenionych uwag. Cytuje Plencka (1789) i autorów francuskich. Styl książki jest wcale prosty i jasny, nie ma tej napuszoności okresów, która cechuje starszych autorów. Pewna tylko rozwlekłość i częste powtarzanie się utrudniają wyrobienie sobie jasnego obrazu jego poglądów. Na pochwałę L. podnieść należy, że przyznaje się do błędów djagnostycznych, które to błędy są może bliższe prawdy, niż końcowe djagnozy. Przejęty bowiem ideą *fixe* swojego kołtuna, wszystko na jego karb rachuje. Potworna jest tylko w swoim pomyśle i wykonaniu metoda szczepienia, inokulacji kołtuna, na wzór znanego i propagowanego przez L. szczepienia ospy. Autor przejął ją zupełnie bezkrytycznie i obiecywał sobie po niej bardzo dużo.

W końcu jeszcze słówko o literaturze kołtuna. Literatura polska posiada ogromną ilość dzieł z tego zakresu. Można powiedzieć, że jest nadmiernie wybujała w tym kierunku. Nie ma prawie wybitniejszego nazwiska wśród lekarzy, zwłaszcza w pierwszej połowie XIX w. któreby nie zajmowało miejsca w szeregu autorów, omawiających kwestję kołtuna. Że wymienić tylko: Józefa Franka, Karola Marcinkowskiego, Oczapowskiego, Karola Weesego, Zakrzewskiego Marjana, Tomasza Chromy, Chłądkowskiego, a w późniejszych Adama Adamowicza (1846). Znamienną jest rzeczą, że wśród tych wszystkich autorów znalazł się tylko jeden, a mianowicie August Wolff, który zaprzecza krytycznemu wytwarzaniu się kołtuna, nie chce uważać go za chorobę *sui generis*, a tylko za wynik zaniedbania i zanieczyszczenia. W swojej rozprawie o kołtunie (1817) powiada: „Kołtun jest tylko zwyczaynêm powikłaniem włosów, które we wszystkich krajach i klimatach przy dogodnych okolicznościach zwykło się wydarzać. W Polszcze zaś i przyległych krajach Słowiańskich to powikłanie uważane jest za zjawienie dobroczynne i w nayściśleyszym związku z ciałem chorego zostające. Wszystko to za skutek przesądu, który przed wiekami powstał i dotąd się utrzymuje uważać należy". Słusznie też rozumuje, że na podstawie sądu Lafontaina „przyjąćby wypadło, że u nas umierają ludzie tylko z powodu niedostatku dzielności sił organizmu do wydania kołtuna potrzebney". Stwarza on teorję idjoelektryczności włosów. Występowanie zaś gwałtownych objawów po ucięciu świeżego kołtuna, tłómaczy prawami antagonizmu czyli wsteczności. „Jeżeli chorobne odosobnienie skóry głowicy nagle przetłumione będzie, na ten czas podług praw organizmu następują metastazy lub metoschematyzm, lub też te same symptomata chorobne, które przez drażnienie wsteczne zmnieyszane były, po ustaniu jego znowu wracaią". Wolff był jednak w owym czasie zupełnie odosobnionym w swoich poglądach, (popierał go jedynie Hyacynt Dziarkowski, profesor z Warszawy). Autorowie współcześni prowadzili przeciwko niemu zajadłą kampanję, zwalczając jego, zapatrywania. Ale i teorja Wolffa nie jest hypotezą ściśle oryginalną, ani Wolff jej pierwszym zwolennikiem. Ma on swoich poprzedników w literaturze z XVII. w., a mianowicie Wilhelma Dawisona, lekarza nadwornego Jana Kazimierza i Marji Ludwiki, Szkota z pochodzenia. Dawison swojem dziełem, wydanem w r. 1660 (był to komentarz do Piotra Severinusa, zwalczający wyniki konferencji paduańskiej, głównie Fonsekę), wywołał podobnie jak Wolff oburzenie w świecie lekarskim. Nawet biskup Skuminowski, kanonik wileński wmieszał się podówczas w tę sprawę. Wezwał on, obdarzywszy Davisona epitetem: „szkocki osioł" swego lekarza przybocznego Volpiscusa Fortunata Plempejusza z Loewen, aby publicznie przeciw Dawisonowi wystąpił, co też ten uczynił, w rozprawie: „De affectibus capillorum et unguium tractatus". Dawison nie omieszkał mu odpowiedzieć, pod pseudonimem Teophrastus Veridicus Scotus Plicomastix, (1668), i chwalił się, że w czasie 17 letniej praktyki odciął 10.000 kołtunów. Na księdzu Skuminowskim zemścił się, twierdząc, że „musi bydź potworą w kolebce od Czarownicy lub Czarownika przemieniona" (Bandtke).

Literatura ta obfita wyrosła na gruncie rozważań nad istotą kołtuna i nie możemy się dziwić, że właśnie w Polsce tak żywo zajmowała umysły. Wszakże największą ilość przypadków tu spostrzegano, a autorowie zagraniczni i krajowi silili się na stwarzanie najrozmaitszych teorji: specyficzności (Hofman), wpływów atmosferycznych, nadmiernego odżywiania się w Polsce, szukali przyczyny w zwyczaju podgalania głów (Schlegel 1806), dla wytłómaczenia gwałtownego szerzenia się kołtuna w tej właśnie części Europy. Lafontaine jest właściwie pierwszym z autorów cudzoziemskich, który usiluje kwestję kołtuna wszechstronnie rozważyć i poprzeć spostrzeżeniami długoletniej praktyki na terenie Polski. Poglądy jego oznaczają już duży postęp i dużą dozę bezstronności, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że kołtun jako zjawisko chorobowe otoczony był może najgrubszą powłoką przesądów, wierzeń i uprzedzeń. Jeszcze w dziełku z r. 1767 t. zw. *„Compendium medicum auctum"*, znajdujemy takie potworności i bzdurzenia o przyczynach powstawania „kołtana" i jego objawach, że trudno uchwycić jedną myśl logiczną. A i autorowie późniejsi, specjalnie o kołtunie wygłaszają teorje dziwaczne, niezgodne nieraz z ich jasnym i zdrowym poglądem na inne zjawiska patologiczne. Np. Józef Frank, lekarz skądinąd doskonały, sumienny klinicysta taki wydaje sąd o kołtunie w blisko 30 lat po Lafontainie (1818): „Zważywszy, że w kołtunie puls ciągle jest słaby, uryna mętna i gęsta, osad opuszczająca, stolec twardy z wydobywaniem się gazów, wyziew skórny właściwej woni, humor smutny, melancholja, uczucie łażenia mrówek pod skórą, nabiegnięcie żył krwawych, mocne hemoroidy, tworzenie się nabrzmień gruczołów, uszkodzenie szczególniej włosów i paznokci, owrzodzenia, a nakoniec wychudnienie zupełne ciała, cóż braknie do oznaczenia choroby trądu". Przyznajmy, że jak na 30 lat nie wiele widać postępu w stosunku do teorji Lafontaina.

Jeszcze długie lata po Laf. i Franku nurtuje myśl wydobycia na światło dzienne, jądra prawdy o kołtunie. W r. 1825 ogłasza Tow. Przyj. Nauk w Warszawie rodzaj ankiety, schematu na temat kołtuna. Wyniki tej ankiety miały dać podstawę do racjonalnego zwalczania tego „wroga ludzkości". Teorja humoralna w tej formie w jakiej ją wygłaszali dawni autorowie, przeżyła się. Zbliża się era Hebry, Rayera i Plumba, a z nią przegrupowanie dotychczasowych pojęć na podstawie badań anatomo-patologicznych. Stanowisko kołtuna, który w przepięknem dziele Aliberta zajmuje miejsce w rzędzie wysypek chronicznych, ostać się oczywiście nie może. W r. 1855 rozpisuje Tow. lekarskie wileńskie jeszcze konkurs na pracę o kołtunie. Prace konkursowe, jak wspomina Janusz, pogrzebały ostatecznie sprawę kołtuna. Zdoby-

cze higjeny rozjaśniły mistyczny pomrok, w jakim pogrążona była kwestja kołtuna w wiekach ubiegłych. Przez jakiś czas uważano znajdywane w zmierzwionych włosach grzybki t. zw. Chignonpilze za przyczynę powstawania kołtuna i zaliczano go do rzędu grzybic owłosionej skóry. Ale i te teorje nie znalazły oddźwięku. Poglądy współczesnych dermatologów oznaczają powrót do zapatrywań Dawisona, Chamseru, Larreya i Wolffa. Rzadko jednakże nadarza się dzisiejszym lekarzom sposobność do rozpoznawania kołtuna. Ilość przypadków zmalała do minimum. Kołtun przestał być fenomenem tajemniczym i obecnie nie mamy przyczyny do zaprzątywania sobie umysłu sposobami jego zwalczania.

Piśmiennictwo.

Arnold Jerzy: Rozprawa o hojności królów polskich. Pam. Tow. Przyj. Nauk T. X. — Bandtke Samuel: O kołtunie wiadomość literacka, Rocznik Tow. Nauk Krak. 1827. — Bergonzoni Michał: Życiopism Lafontaina. R. Tow. Przyj. Nauk, 1817. — Bloch Iwan: Geschichte der Hautkrankheiten 1905. — Brandt Franciszek: O kołtunie. Pam. lek. warsz. T. II. — Cazenawe: Zadanie o kołtunie. Pam. lek. warsz. T. VII. — Chłędowski: Uwagi nad rozprawą Dr. Weese o kołtunie. Pam. lek. warsz. T. II. — Compendium medicum auctum R. 1767. — Frank Józef: Wiadomości o chorobach itd. 1818. — Gąsiorowski Ludwik: Zbiór wiadomości do historji sztuki lekarskiej w Polsce, tomów 4. — Janusz Wiktor: Polska Gaz. lekarska 1925, Nr. 50. — Joseph Max: Lehrbuch der Hautkrankheiten 1921. — Lafontaine Leopold: Chirurgisch-medizinische Abhandlungen verschiedenen Inhalts, Polen betreffend, 1792. — Mracek: Handatlass derHautkrankheiten. — Neumann: Ueber die Wichtelzopikrankheit, 1905. — Weese Karol: O kołtunie, rys historyczno-krytyczny, Pam. lek. warsz. T. I. — Wolff August: Rozprawa o kołtunie, Rocznik Tow. Przyj. Nauk 1817. — Zakrzewski Marjan Florjan v. Ogończyk: Medizinisch litteratische Geschichte des Weichselzopfes, Wien 1830.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI. Lwów.

Rozwój walki z gruźlicą w Małopolsce

a w szczególności w Województwie lwowskiem w latach 1900—1925 *).

Często słyszy się zdanie, nawet w kołach lekarskich, że w Polsce dotąd nic nie zdziałano na polu społecznej walki z gruźlicą.

Tak ujemna ocena obarcza zarzutem bezczynności przedewszystkiem Małopolskę, bo, gdy inne dzielnice usprawiedliwiają się brakiem możności działania za czasów niewoli, Małopolska za rządów zaborczych posiadała dwa polskie Uniwersytety, szeroki samorząd krajowy, poważne wpływy w rządzie centralnym i w Radzie Państwa, nie powinna więc była zmarnować tych dogodnych warunków, gdy chodziło o jedno z najważniejszych zagadnień postępu sanitarnego.

W krótkim przeglądzie historycznym pragnę tedy przypomnieć najważniejsze fakty, które wykazują, że w Małopolsce od dawna kształtował się ruch przeciwgruźliczy według pewnych ideji przewodnich i ogarnął wszystkie te czynniki, które i dzisiaj do współpracy w tej dziedzinie się powołuje, a zatem pracowników na niwie nauki lekarskiej, zrzeszenia obywatelskie, rząd, samorządy miast, Sejm, Wydział krajowy, Kasy chorych, Zakład Ubezpieczenia robotników od wypadków.

Czynniki te działały z początku odrębnie aż w r. 1916 zespolono ich poczynania w półurzędowej organizacji walki z gruźlicą, która dotąd przetrwała w Województwie lwowskiem.

Przedstawię tu pierwsze zawiązki walki z gruźlicą w Małopolsce i najważniejsze późniejsze jej etapy aż do r. 1921, w którym podzielono b. Galicję na 4 Województwa. Od r. 1921 po dzień dzisiejszy mam możność dokładniejszego śledzenia walki z gruźlicą jedynie w Województwie lwowskiem muszę się więc ograniczyć do obszaru tego Województwa.

I. Kształtowanie się programu i planu akcji przeciwgruźliczej. 1900—1916.

Inicjatywa prywatna.

U schyłku wieku ubiegłego nie było jeszcze w Małopolsce żadnej ogólnej organizacji walki z gruźlicą. Pod tym względem Małopolska nie pozostawała w tyle poza innemi dzielnicami Polski, bo i tam walki tej jeszcze nie organizowano, podobnie jak w wielu innych krajach.

Ale były już wówczas w Małopolsce poczynania jednostek, lub pewnych kół lokalnych, mające na celu przeciwdziałanie gruźlicy, poczynania twórcze i owocne.

Z myślą o gruźlicy tworzono nawet duże dzieła, głównie dla celów zapobiegawczych, z których na pierwszem miejscu należy wymienić założony w r. 1888 w Krakowie przez prof. Henryka Jordana Park jego imienia. Myśl przewodnia Prof. Jordana zapłodniła społeczeństwo pożyteczną inicjatywą i pobudziła wiele miast do tworzenia Parków Jordana, dotąd istniejących, a mających na celu wzmocnienie fizyczne i duchowe dzieci i młodzieży przez wydobycie ich z zatęchłych izb na powietrze i światło i przez zbiorowe ćwiczenia gimnastyczne, zabawy ruchowe i sporty.

W Parku Jordana zrodziły się Korpusy wakacyjne, potem nazwane półkolonjami, w postaci drużyn szkolnych, odbywających całodniowe wycieczki za miasto.

Powstawały też Szkoły imienia Jordana, które poniekąd zbliżały się do typu szkół na otwartem powietrzu i warsztaty studenckie Jordana w gimnazjach.

Idea Prof. Jordana spowodowała przełom w ówczesnem wychowaniu młodzieży a zbytecznem chyba dowodzić, jak olbrzymi wywarła wpływ na uodpornienie dzieci i młodzieży wogóle, a przeciw gruźlicy w szczególności.

Myślał też o zapobieganiu gruźlicy, przedewszystkiem u dzieci, Prof. Maciej Jakubowski w Krakowie, gdy w r. 1887 zakładał kolonję leczniczą dla dzieci w Rabce.

Przedtem jeszcze, bo w r. 1886, we Lwowie, głównie za sprawą Dr. Józefa Żulińskiego, powstaje Towarzystwo Kolonji leczniczej dla dzieci w Rymanowie.

Za tymi przykładami powstają dalsze kolonje wakacyjne i lecznicze: w r. 1890 w Rabce kolonja lecznicza dla dzieci żydowskich, w Iwoniczu filja Szpitala dla dzieci św. Zofji we Lwowie. Polskie Towarzystwo Pedagogiczne we Lwowie organizuje od r. 1883 kolonję wakacyjną dla dzieci w Hrebenowie. W r. 1898 dyrektor Kolei we Lwowie Ludwik Wierzbicki otwiera w Tuchli wspaniale urządzoną kolonję wakacyjną dla dzieci funkcjonarjuszy kolejowych, a podobną kolonję w Worochcie zakłada Dyrekcja kolei w Stanisławowie.

Towarzystwo Nauczycieli Szkół wyższych we Lwowie zakłada kolonję dla uczniów szkół średnich w Podsobniu koło Liska. Żydzi lwowscy fundują kolonję dla dzieci w Korczynie.

W Krakowie ofiarny Ignacy hr. Żółtowski przyczynia się do powstania kolonji dla dzieci w Kochanowie.

Tak samorzutnie powstałą w Krakowie i we Lwowie myśl, aby rozpocząć uzdrowotnienie narodu i zabezpieczenie przed gruźlicą od dzieci i młodzieży, podejmuje i urzeczywistnia całe społeczeństwo.

Leczenie klimatyczne gruźlicy.

W leczeniu gruźlicy przypisywano w ubiegłym stuleciu wielkie znaczenie wpływom klimatu podgórskiego. W Małopolsce szereg miejscowości, położonych w okolicy lesistej u podnóża Karpat cieszył się pod tym względem szerokim rozgłosem.

Na pierwszem miejscu wymieniano Szczawnicę, do której pomimo niedogodnej komunikacji tłumnie zjeżdżali chorzy, często już w końcowym okresie cierpienia.

Rabka, Iwonicz, Rymanów ze zdrojami solankowemi rozwinęły się w sezonowe uzdrowiska dla gruźlicy chirurgicznej.

W r. 1873 Dr. Chałubiński zdrowym i chorym wskazuje drogę do Zakopanego, które odtąd szybko się rozwija i zyskuje sławę skutecznego uzdrowiska dla piersiowo chorych.

System sanatorjalny.

Tymczasem w Niemczech, gdy zawiodły przesadne nadzieje leczenia gruźlicy tuberkuliną, rzucono się gorączkowo do budowy sanatorjów. Wkrótce powstały setki sanatorjów, które rozporządzały mnogiemi tysiącami łóżek dla chorych na gruźlicę a statystyka wykazywała wielkie odsetki wyleczonych i rzekomo w związku z sanatorjami z każdym rokiem zmniejszającą się ogólną śmiertelność z gruźlicy. Zdawało się, że sanatorjami poskromiono tam już gruźlicę i że powiedzie się ją obniżyć do minimalnych rozmiarów.

Austrja nie podążała za Niemcami w budowie sanatorjów, bo nie miała na ten cel do rozporządzenia tak wielkich sum, jakie Niemcy z ubezpieczenia od niezdolności do pracy czerpały.

Otwarto w Austrji tylko stosunkowo nieliczne sanatorja, lecz propaganda za ich dalszem tworzeniem nie ustawała.

W Galicji leczenie sanatorjalne zapoczątkowano zrazu w bardzo skromnych rozmiarach w Zakopanem. Pierwszy Dr. Kazimierz Kruszyński założył w r. 1895 zimowe sanatorjum,

---

*) Referat odczytany na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy lwowskich z dnia 5. lutego 1926.

a w r. 1898 Dr. Marjan Hawranek oddaje dom dla chorych gruźliczych na całoroczne leczenie sanatorjalne [1]).

W r. 1902 otwiera Dr. Kazimierz Dłuski w Zakopanem sanatorjum na 100 chorych, urządzone i prowadzone wzorowo aż do r. 1924.

Wśród lekarzy polskich nie ustawały nawoływania do zakładania dalszych sanatorjów.

Pod wpływem tych prądów wystąpił Dr. Tomasz Janiszewski, wówczas lekarz Stacji Klimatycznej w Zakopanem, z projektem ogólnej organizacji, która pod hasłem budowy sanatorjów miała zwalczać gruźlicę. Tak powstaje w r. 1900 we Lwowie „Stowarzyszenie budowy ludowych domów zdrowia (lecznic) dla dotkniętych gruźlicą" [2]).

Jest to pierwsza ogólna organizacja przeciwgruźlicza w Polsce [3]) gdyż Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze założone w kilka lat później (1908r.) [4]).

Stowarzyszenie wytknęło sobie jako jedyny cel budowę i utrzymanie domów zdrowia (sanatorjów) dla osób ubogich, dotkniętych gruźlicą. Inicjatorowie, do których oprócz Dr. Janiszewskiego zaliczali się Dr. Jan Bednarski, Józef Rudzki, Dr. Karol Beaurain, Dr. Wincenty Tyszkiewicz, żywili nadzieję, że powiedzie się im porwać za sobą społeczeństwo, że popłyną duże składki i ofiary, zasiłki rządu i ciał autonomicznych, które pozwolą na udostępnienie kosztownego leczenia sanatorjalnego dla osób ubogich. Było to usiłowanie piękne i szlachetne, bo przecież gruźlica krzewi się głównie wśród proletarjatu, a ten proletarjat z goryczą dowiadywał się, że jest sposób wyleczenia gruźlicy we wczesnym okresie, ale dostępny tylko dla osób zamożnych.

Jednak niedopisały nadzieje. Nie było jeszcze społeczeństwo nasze należycie przysposobione do bezpośredniej walki z gruźlicą w sanatorjach ludowych. Rząd jeszcze nie zajął stanowiska co do walki z gruźlicą. Samorząd nie był dostatecznie uświadomiony. Zresztą budowa i utrzymywanie sanatorjów dla osób ubogich wymagały ogromnych sum, na które nawet ofiarne, lecz niezamożne obywatelstwo galicyjskie wysilić się nie mogło.

Zamierzenia sanatorjalne w skromniejszych rozmiarach pozyskały poparcie. Bo oto w r. 1900 dzięki inicjatywie Dr. Brzezińskiego powstaje w Zakopanem dom zdrowia uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia". W r. 1901 założono „Schronienie nauczycielek" w Zakopanem.

Po czterech latach istnienia „Stowarzyszenie budowy ludowych domów zdrowia (lecznic) dla dotkniętych gruźlicą" wycofuje się z błędnie obranej drogi i uchwałą Walnego Zgromadzenia z dnia 14 października 1904 zmienia statut.

Nowy statut nie zapowiada już budowania i utrzymywania we własnym zakresie sanatorjów ludowych dla osób ubogich, lecz za cel oznacza sobie wogóle walkę z gruźlicą, a szczególnie inicjatywę i popieranie budowy i utrzymanie sanatorjów i to sanatorjów, przeznaczonych nie tylko dla osób ubogich, ale także dla osób niezamożnych [5]). Nazwa Stowarzyszenia zreformowanego opiewa: „Stowarzyszenie dla zwalczania gruźlicy".

Do Wydziału Stowarzyszenia weszli: Aleksander Barwiński, Prof. Dr. Gluziński, Józef Hudec, Dr. Tomasz Janiszewski, Prof. Dr. Henryk Jordan, Dr. Edward Lilien, Dr. Wiktor Legeżyński, Dr. Eugenjusz Piasecki, Dr. Edward Stroynowski i Antoni Wodzicki. Prezesem wybrano Wodzickiego, jego zastępcą Prof. Gluzińskiego.

Stowarzyszenie otwarło w dn. 17 maja 1908 „Opiekę dla chorych gruźliczych w lokalu przy ul. Pańskiej 10 we Lwowie, składającym się z 2 pokoji. Lekarzami tej Przychodni byli: Dr. W. Czernecki i Dr. H. Balabayder. „Opiekunką" była p. Kwiatkiewiczowa. Do osiągnięcia głównego celu, to jest budowy sanatorjum, Wydział czynił starania, badał komisyjnie miejsca pod budowę, przygotowywał plany budowy i próbował gromadzić fundusze, ale akcja napotykała na opory a Wydział wreszcie zaniechał myśli budowania sanatorjów [6]).

Towarzystwo walki z gruźlicą.

W r. 1908 Dr. T. Janiszewski, wtedy Naczelny lekarz miejski w Krakowie, poruszył tamtejsze sfery lekarskie odczytem w Towarzystwie lekarskiem p. t.: „Opieka nad chorymi gruźliczymi i walka z gruźlicą w Galicji". Na wniosek Prof. Kostaneckiego utworzono Komitet, mający się zająć zorganizowaniem w Krakowie walki z gruźlicą. W tym celu postanowiono przystąpić do istniejącego we Lwowie „Stowarzyszenia dla zwalczania gruźlicy" i zaproponowano szereg zmian w statucie stowarzyszenia, które w r. 1909 przeprowadzono [7]). Stowarzyszenie otrzymuje nową nazwę: „Towarzystwo walki z gruźlicą" [8]). Nowy statut w § 1 określa ogólnie, że celem Towarzystwa jest zwalczanie gruźlicy. Do osiągnięcia tego celu zmierza Towarzystwo przez szerzenie wiadomości o gruźlicy, o sposobach zapobiegania jej i zwalczania, przez zapewnienie opieki i niesienie pomocy chorym, dotkniętym gruźlicą i gruźlicą zagrożonym, przez zabiegi u odpowiednich czynników w kierunku ustawodawczych i administracyjnych zarządzeń przeciwgruźliczych i przez współdziałanie z instytucjami i towarzystwami o pokrewnych celach. Przewodniczącym zreformowanego Towarzystwa wybrano Prof. Dr. Wiczkowskiego, sekretarzem Dr. Witolda Ziembickiego. Towarzystwo ma nadal pozostać ogólno krajowem i mieć siedzibę we Lwowie. Jednak w większych miastach będzie tworzyło Koła, posiadające autonomję wewnętrzną. Koła Towarzystwa we Lwowie i w Krakowie będą przejściowo uprzywilejowane, gdyż dopóki nie powstanie przynajmniej 5 kół, zarządy Kół lwowskiego i krakowskiego stanowią Wydział Towarzystwa i posiadają kompetencję Walnego Zgromadzenia. Ten stan tymczasowy trwa dotąd, albowiem Towarzystwo nie zdołało poza Lwowem i Krakowem utrwalić żadnego Koła a nawet Koło lwowskie z czasem straciło wszelką łączność z Kołem Krakowskiem.

Wprawdzie Koło lwowskie usiłowało pobudzić niektóre powiaty do zakładania towarzystw przeciwgruźliczych lokalnych i tak powstały koła w Skałacie, Jarosławiu, Lisku i Rawie ruskiej [9]), jednak wkrótce przestały one istnieć. Z pośród nich największą żywotność okazało zawiązane w r. 1913 w Skałacie przez tamtejszego lekarza powiatowego Dr. Janikiewicza Koło miejscowe Towarzystwa dla zwalczania gruźlicy, które organizowało włościańskie Koła walki z gruźlicą a raczej Przychodnie w Podwołoczyskach, w Hałuszczyńcach i Żerebkach szlacheckich [10]). Ale i to koło w Skałacie zniweczyła wojna.

Znamiennem jest, że zaraz w pierwszem sprawozdaniu Koła krakowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą za r. 1909 zarząd wyraża się już z wielką rezerwą o sanatorjach ludowych [11]). Tylko jedno wzorowo urządzone sanatorjum ludowe powinien wybudować kraj a zadaniem Koła byłaby budowa tanich i niezbyt dużych sanatorjów podmiejskich.

Co do działalności obu kół zaznacza się pewna rozbieżność. Koło krakowskie, snując dalej myśl przewodnią Prof. Jordana, poświęca największą uwagę zapobiegawczemu wzmacnianiu dzieci i młodzieży [12]).

Poradnię przeciwgruźliczą założono w Krakowie w r. 1914 we własnym domu przy ul. Radziwiłłowskiej 1, lecz uruchomiono ją dopiero 1 września 1920 [13]).

Natomiast Koło lwowskie, w którem przewodnictwo objął Prof. Dr. Józef Wiczkowski, a sekretarjat Dr. Witold Ziembicki, rozwija dalej działalność „Opieki", czyli dyspenzorjum, a porzuciwszy już myśl budowy sanatorjum, krząta się jednak około założenia schroniska leśnego [14]), [15]).

---

[1]) Dr. J. Żychoń. Stan sprawy zwalczania gruźlicy w różnych dzielnicach Polski. Referat na XI. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w r. 1911. Głos Lekarzy 1912. Str 52.

[2]) Dr. Olgierd Sokołowski. Zorganizowane placówki dla walki z gruźlicą w Zakopanem. Polska Gazeta Lekarska 1925, Nr. 20.

[3]) Statut Stowarzyszenia zatwierdziło Namiestnictwo reskryptem z dnia 10 sierpnia 1900, L. XI. 77920/1973.

[4]) Sprawozdanie Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego za 1924 r., Warszawa 1925.

[5]) Zmianę statutu zatwierdziło Namiestnictwo reskryptem z dnia 19. stycznia 1905 L. XI. 190.125/5464.

[6]) Sprawozdanie z czynności Zarządu Stowarzyszenia walki z gruźlicą za czas od 14 października 1904 po koniec roku administr. 1908. Lwów 1909.

[7]) Dr. T. Janiszewski. Koło Krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą. Kraków 1909.

[8]) Zmianę statutu zatwierdziło Namiestnictwo reskryptem z dnia 16 lutego 1909. L. XIII 12534/440.

[9]) Prof. Dr. Wiczkowski. Walka z gruźlicą w innych krajach a u nas. Lwów 1913, str. 26.

[10]) Dr. Janikiewicz. Włościańskie Koła Towarzystwa walki z gruźlicą. Głos lekarzy 1914. Str. 61.

[11])Dr. Janiszewski l. c.

[12]) Doc. Dr. Janiszewski. Koło krakowskie Towarzystwa walki z gruźlicą 1909—1924. Polska Gazeta Lekarska 1924 Nr. 20.

[13]) Dr. T. Janiszewski. Krótki opis niektórych urządzeń sanitarnych miejskich w Krakowie. Kraków 1925. Str. 44.

[14]) Towarzystwo walki z gruźlicą. Lwów 1909. Odbitka ze Słowa Polskiego Nr. 504.

[15]) Sprawozdanie Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie (okres 2-letni: marzec 1909—kwiecień 1911). Lwów 1911.

Z początku zamierzano postawić rodzaj szałasów, przeznaczonych jedynie na pobyt dzienny, ale projekt ten porzucono z powodu trudności technicznych i komunikacyjnych a postanowiono urządzić baraki, w których chorzy otrzymaliby całe utrzymanie w ciągu miesięcy letnich.

Gmina miasta Lwowa wydelegowała komisję pod przewodnictwem Rutowskiego, do której powołano radcę Ostrowskiego, prof. Kuczerę, Dr. Mikołajskiego i Mr. Włodzimirskiego, a która przy udziale przedstawicieli Towarzystwa Prof. Wiczkowskiego i Dr. Witolda Ziembickiego zwiedziła gminne tereny leśne w okolicy Lwowa i wybrała na uzdrowisko teren w Hołosku Wielkiem.

W dniu 11 lipca 1909 otwarto uzdrowisko leśne w Hołosku Wielkiem, korzystając z dumorgowego kawałka lasu, ofiarowanego przez gminę miasta Lwowa i z dwóch baraków z całem wewnętrznem urządzeniem szpitalnem, które wypożyczyło Towarzystwo Czerwonego Krzyża a w których znalazło pomieszczenie 28 chorych [16]). Kierownikiem uzdrowiska aż do r. 1923 był Dr. Marcin Selzer.

Teraz Hołosko tak dalece pochłania działalność Towarzystwa przez czas dłuższy, że już mniejszą wagę przywiązuje się do Przychodni przeciwgruźliczej, redukuje się wydatki na nią, przeprowadza się ją z własnego, dogodnego lokalu przy ul. Pańskiej do bezpłatnie udzielonego pomieszczenia w Kasie chorych przy ul. Brajerowskiej 8. Stamtąd idzie ona na dalszą tułaczkę, zyskuje na pewien czas przytułek w budynku miejskim przy ul. Jagielońskiej 10, aż dopiero w ostatnich latach uzyskuje należyte wyposażenie w Poliklinice przy ul. Lindego 5.

W tym czasie mamy do zanotowania powstanie pięknego uzdrowiska dla dzieci w Żabiu [17]) założonego dla poprawy stanu zdrowia sierót Zakładu hr. Skarbka w Drohowyżu, które w znacznej części okazywały objawy początkowe gruźlicy. Od r. 1910 zimą i latem mieściło 48 dzieci. Kurator Fundacji hr. Fryderyk Skarbek z wielkim zapałem stanął w szeregach pionierów walki z gruźlicą i zbierał fundusze, aby uzdrowisko rozszerzyć i z Żabiego uczynić miejsce leczenia klimatycznego i sanatorjalnego dla dzieci także z poza Zakładu sierót. Uzdrowisko funkcjonowało do wybuchu wojny, która je zniweczyła.

W tym samym czasie założone prywatne sanatorjum Dr. Michalika w Worochcie uległo także w czasie wojny spustoszeniu, lecz odbudowały je i urządziły na nowo w r. 1924 Kasy chorych w Stanisławowie i Drohobyczu dla użytku swych członków.

Działalność rządu.

Prawie równocześnie z usiłowaniami obywatelskich organizacji wkracza na pole walki z gruźlicą rząd. Pojawia się okólnik Koerbera, prezydenta Ministrów, jako kierownika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, z dnia 14 lipca 1902 L. 29949, wystosowany do wszystkich namiestników a omawiający sprawę zarządzeń w celu zwalczania gruźlicy. Streszcza on wszystko, co przy ówczesnym stanie nauki i doświadczenia można było zalecić władzom administracyjnym. Dotyka tylko zlekka leczenia sanatorjalnego. Otwiera dla władz krajowych szeroką drogę do inicjatywy. Ustanawia dla wszystkich lekarzy obowiązek donoszenia o gruźlicy w razie skonu lub zmiany mieszkania chorego. Zaleca porozumienie władz państwowych i samorządowych, lekarzy, szkół, zakładów komunikacyjnych, stowarzyszeń, prasy.

W dniu 17 lutego 1904 Ministerstwo Kolei ogłasza zakaz plucia w wagonach kolejowych a w dniu 25 maja 1904 wydaje Ministerstwo Sprawiedliwości rozporządzenie co do gruźlicy w więzieniach.

Samorządy w walce z gruźlicą.

Wcześnie zabrały głos w sprawie gruźlicy Samorządy.

W r. 1905 na mój wniosek wybrano z łona Miejskiej Komisji Zdrowia we Lwowie osobny Komitet w sprawie gruźlicy, do którego powołano: Dr. Gluzińskiego, Dr. Legeżyńskiego, Dra Mahla, Dr. Mikołajskiego i Dr. Piseka [18]).

Komitet odbył szereg posiedzeń pod przewodnictwem Dr. Rutowskiego, rozporządzając publikacjami odbytego w październiku 1905 Międzynarodowego Kongresu Przeciwgruźliczego w Paryżu.

Spowodował on prace statystyczne o gruźlicy we Lwowie i określił zadania miast w walce z gruźlicą [19]).

Za wzorem Lwowa utworzyła się także w Radzie miejskiej w Krakowie na wniosek Prof. Domańskiego Komisja przeciwgruźlicza.

W r. 1908 gruźlica stanowi przedmiot szerokiej debaty w Sejmie galicyjskim, wywołanej wnioskiem Pos. Cieńskiego o zorganizowanie walki z gruźlicą. Sejm w załatwieniu sprawozdania Komisji sanitarnej uchwala wezwanie do Wydziału Krajowego, aby „zbadał sprawę założenia z funduszów krajowych dwóch lecznic ludowych dla gruźliczo słabych i zdał na najbliższej sesji sprawę tak pod względem kosztów, połączonych z założeniem tych instytucyj, jak i opinji kół zawodowych lekaskich o ich użyteczności“ [20]).

Wykonując to polecenie Sejmu, Wydział Krajowy zwołał ankietę w sprawie gruźlicy, która się odbyła w dniu 26 czerwca 1909 pod przewodnictwem szefa Departamentu sanitarnego Dr. Szymona Bernadzikowskiego [21]).

Powołano do niej z Krakowa: Prof. Dr. Stanisława Ciechanowskiego i Dr. Tomasza Janiszewskiego, z Zakopanego lekarza Stacji Klimatycznej Dr. Józefa Żychonia, ze Lwowa: Prof. Dr. Antoniego Gluzińskiego, Prof. Dr. Pawła Kuczerę, Dr. Józefa Merunowicza, krajowego referenta sanitarnego, Dr. Szczepana Mikołajskiego, redaktora Głosu Lekarzy, Dr. Emila Müllera, inspektora szpitali Dr. Józefa Starzewskiego, dyrektora szpitala powszechnego i Prof. Dr. Józefa Wiczkowskiego.

Ankieta miała znaczenie programowe, wyraziła opinję o zasadniczych zagadnieniach, odnoszących się do sposobów walki z gruźlicą, ustaliła dokładny, szczegółowy program akcji przeciwgruźliczej, a przeważna część jej wniosków do dziś dnia nie straciła aktualności.

Poprzedziła ankietę wstępna konferencja znawców, na której uzgodniono poglądy, zrazu dość rozbieżne.

I tak: rzeczoznawcy z Krakowa przyjechali z dyrektywą tamtejszego Towarzystwa lekarskiego, że skoro Sejm żąda przedłożenia kosztorysu 2 sanatorjów, należy usilnie poprzeć myśl zakładania sanatorjów, chociaż urzeczywistnienie tej myśli jest trudne; wszyscy zaś lwowscy członkowie ankiety oświadczyli się przeciw systemowi sanatorjalnemu, uznając go za przedwczesny u nas, dopóki nie posiadamy powszechnego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, które to ubezpieczenie w Niemczech czyni wkłady na sanatorja i leczenie chorych gruźliczych.

Ostatecznie zgodzono się jednomyślnie na wniosek Prof. Gluzińskiego, aby zamiast sanatorjów domagać się otwierania oddziałów szpitalnych dla chorych na gruźlicę uleczalną i nieuleczalną.

Rezolucja w tym przedmiocie, uchwalona przez ankietę, opiewa: „Ankieta, uznając w całej pełni możność budowy sanatorjów dla zwalczania gruźlicy, uważając je nie tylko za miejsce dla leczenia, lecz i za miejsce wychowania higienicznego, nie zaleca na razie rozpoczęcia tej walki od budowy dwóch sanatorjów ludowych, lecz ściąga tę myśl na plan dalszy, który rozpocząć się winien od pomnożenia liczby szpitali w kraju i od reformy i poprawy szpitalnictwa krajowego opartych na następujących zasadach:

a) że gruźlica winna być do szpitali krajowych przyjmowaną,

2) że powinna być uznaną za chorobę zakaźną, a więc izolowaną,

c) że przy szpitalach teraźniejszych powinno się, środkami choćby skromnemi, wprowadzić takie zmiany, a w nowych, mających się budować, plany powinny być tak skonstruowane, by mogły powstać osobne oddziały, które mogłyby być prowadzone już to sanatorjalnie i były miejscami dla leczenia, a więc niejako były sanatorjami, już to miejscami izolacji,

d) izolacja przypadków nieuleczalnych, rozpaczliwych, oprzeć się winna o domy dla nieuleczalnych“.

W rezolucji uderza przedewszystkiem stanowcze zerwanie z niemieckim systemem społecznej walki z gruźlicą, opartym głównie na sanatorjach, które ankieta sprowadza do właściwej roli. Reakcja przeciw przecenianiu znaczenia sanatorjów dla społecznego zwalczania gruźlicy była wówczas już i w niemieckiej prasie fachowej głośną.

---

[16]) Lesław Węgrzynowski. Z działalności lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą. Polska Gazeta Lekarska 1925 Nr. 20.

[17]) Dr. Szczepan Mikołajski. Uzdrowisko dla dzieci w Żabiu. Sprawozdanie, odczytane na posiedzeniu Rady administracyjnej Fundacji hr. Skarbka. Głos lekarzy 1911. Str. 257.

[18]) Dr. Szczepan Mikołajski. Działalność lekarzy w Radzie miejskiej (1905—1911) i postęp sanitarny w mieście Lwowie. Lwów 1911.

[19]) Dr. Wilhelm Pisek. Zwalczanie gruźlicy w naszych miastach. Lwów 1908.

[20]) Sprawozdanie Krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicji w latach 1908 i 1909. Lwów 1911.

[21]) Walka z gruźlicą. Ankieta Wydziału Krajowego. Głos Lekarzy r. 1909. Str. 175, 190 i 200.

Krytyczny pogląd ankiety ujawnia się także w tem, że do leczenia gruźlicy nie uznaje ona za niezbędne właściwych sanatorjów, lecz, że uważa oddziały szpitalne, odpowiednio urządzone, jako wystarczające zakłady lecznicze, a zatem nie przywiązuje do stosunków klimatycznych zbyt wielkiego znaczenia.

Uderza dalej, że w rezolucjach ankiety nie wspomina się nic o przychodniach przeciwgruźliczych, które już wtedy walczyły o pierwszeństwo z systemem sanatorjalnym, a które rok przedtem Dr. T. Janiszewski propagował w odczytach w Towarzystwie Lekarskiem lwowskiem i krakowskiem [22]).

W każdym razie stanowisko ankiety w sprawie sanatorjów oznacza rychłe otrzeźwienie z entuzjazmu, który kilka lat temu olśniewał lekarzy polskich. A podobne stanowisko trzeźwe zajął w tej sprawie dopiero w kilka lat później (1916) b. rząd austrjacki w swych organizacyjnych postanowieniach przeciwgruźliczych dla całego państwa, przyczem jednak systemowi sanatorjalnemu przeciwstawił z wielkim naciskiem przychodnie przeciwgruźlicze, czyniąc z nich główne ośrodki walki z gruźlicą.

Reforma szpitalnictwa, wskazana przez ankietę, stanowi nadal przez szereg lat stały postulat programowy, który działacze galicyjscy z wielką konsekwencją usiłowali urzeczywistnić przy poparciu finansowem państwa.

Na wniosek Dr. Merunowicza ankieta uchwaliła zwrócić się do Wydziału Krajowego, aby upomniał się o sprawiedliwy rozdział funduszów państwowych, przeznaczonych na zwalczanie gruźlicy na zasadzie ustawy państwowej z r. 1906. W szczególności ankieta domagała się, aby dochody z tych funduszów wpływały na cele Galicji w części, odpowiadającej ilości jej mieszkańców.

Uchwała ta ankiety odnosi się do funduszu dwóch miljonów koron, uchwalonego za staraniem ministra Korytowskiego przez parlament wiedeński na zwalczanie gruźlicy. Do zawiadywania funduszem powołał rząd kuratorję z przedstawicieli różnych krajów Przedlitawji. Kuratorja postanowiła, że kapitał ma pozostać nienaruszony a tylko z procentów ma się rozdzielać subwencje tylko tym krajom, które coś w walce z gruźlicą już zrobiły i w stosunku do wykazanych wkładów na tę walkę.

Na podstawie takiej normy Galicja nie otrzymała żadnej subwencji ani w r. 1907 ani w dwóch latach następnych.

Państwowy fundusz przeciwgruźliczy zwiększano później znacznemi kwotami.

Walka o równomierne zaopatrzenie Galicji subwencjami trwała aż do upadku Austrji i tuż przed rozpadnięciem się państwa austrjackiego była bliską zwycięstwa.

W drugim wniosku Dr. Merunowicza, uchwalonym przez ankietę, domagano się takiego urządzenia i uposażenia istniejących w kraju zawiązków państwowych zakładów badania chorób zakaźnych, aby można zbadać bakterjologicznie każdego chorego, co do którego zachodzi wątpliwość, czy jest, jako wydzielający prątki gruźlicze, dla otoczenia niebezpiecznym.

Postulat ten urzeczywistniło w pełni dopiero Państwo Polskie, otwierając Państwowy Zakład Higjeny z filjami w większych miastach, które dokonują bezpłatnie badań bakterjologicznych dla stwierdzenia gruźlicy.

Dr. Mikołajski wystąpił z wnioskiem o zorganizowanie Krajowej Komisji Przeciwgruźliczej według wzoru francuskiego, to jest utworzonej z naczelnych referentów sanitarnych Wydziału Krajowego i Namiestnictwa z powołaniem przez te władze fachowych znawców.

Komisja zbierałaby się na perjodyczne posiedzenia i obradowałaby nad konkretnemi, szczegółowemi zadaniami w zakresie kompetencji administracyjnej, przygotowałaby wnioski i projekty do ustaw krajowych, jednoczyłaby usiłowania wszystkich czynników, biorących udział w walce z gruźlicą, nadawałaby im jednolity kierunek i starałaby się o pozyskanie materjalnego poparcia dla tych usiłowań ze strony rządu i kraju [23]).

Za wnioskiem oświadczył się Dr. Bernadzikowski i Dr. Müller. Większość ankiety uznała, że zachodzi potrzeba tego rodzaju organizacji, lecz że ona już istnieje w postaci Krajowej Rady Zdrowia. Uchwalono więc rezolucję:

„Ankieta wyraża przekonanie, że Krajowa Rada Zdrowia, jako organ, zawierający w swem gronie czynniki zarówno autonomiczne, jak i rządowe, jest powołaną do zajęcia się i kierowania walką z gruźlicą".

W r. 1917 zbudowano na podstawie, proponowanej podczas ankiety przez Dr. Mikołajskiego, organy kierownicze krajowe nie tylko w Galicji, ale nawet w całem państwie austrjackiem, za czem poszło powołanie do życia już za rządów polskich, Okręgowej, a następnie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą z siedzibą we Lwowie, która to komisja istnieje i rozwija działalność.

Ankieta wyłoniła ze swego grona komisję do wypracowania memorjału w sprawie ogólnego planu walki z gruźlicą na dalszą metę i udziału w tej akcji różnych czynników (państwa, kraju, powiatów, gmin, towarzystw).

Memorjał o udziale rządu w walce z gruźlicą opracował Prof. Ciechanowski [24]); udział gmin, powiatów i kraju w walce z gruźlicą w osobnym memorjale zreferował Dr. Mikołajski [25]).

Obie te prace zamieścił Wydział Krajowy w alegacie XIV do sprawozdania Departamentu V za czas od 15 maja 1908 do 20 sierpnia 1909.

Ujęto w nich całokształt walki z gruźlicą w szczegółowy program, w którym i obecnie niewiele trzebaby zmienić.

Co do praktycznych wyników ankiety czytamy w Sprawozdaniu Departamentu V Wydziału Krajowego z r. 1911, że Wydział Krajowy, idąc za uchwałami ankiety zapoczątkował akcję leczenia gruźlicy w szpitalach powszechnych, a w tym też celu udzielał lekarzom stypendjów, dla zapoznania się z najnowszemi metodami leczenia tej choroby, uwzględniał przy budowie nowych i rekonstrukcji starych szpitali potrzebę odpowiednich leżalni, nadto zaś popierał organizacje prywatne, które zajmywały się zwalczaniem i leczeniem gruźlicy, bądź to przez udzielanie stałych subwencyj, bądź też przez udzielanie zasiłków chorym, potrzebującym leczenia sanatorjalnego.

Wnioski ankiety poparł XI Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, odbyty w r. 1911, uchwalając rezolucję w tym przedmiocie Dr. Janiszewskiego, Prof. Wiczkowskiego i Dr. Żychonia.

Dok. nast.

OCENY.

Dr. E. Terris: *Zwężenia czynnościowe dwunastnicy. (Sténoses fonctionelles du Duodenum).* G. Doin et Cie Paris 1926.

Objawy zwężeń czynnościowych są często spostrzegane przez lekarzy w przebiegu najrozmaitszych schorzeń przewodu pokarmowego ale najczęściej niestety nie są oni w możności ściśle określić istoty właściwej sprawy chorobowej. Spostrzegane objawy, winne być, zdaniem autora, wyróżniane z punktu widzenia rozpoznawczego jako zespół objawów o charakterze przewlekłym i ostrym. Do powyższego podziału skłoniło autora przeświadczenie, że w omawianej sprawie chorobowej występuje obfita różnorodność przyczyn, które powodują podobne zmiany. Badanie radjologiczne stwierdza zazwyczaj tylko samą niedrożność dwunastnicy, ale nie jest ono jednak w stanie wyjaśnić przyczynę wspomnianej zmiany. Klinicysta zaś w podobnych przypadkach zmuszony jest zastanowić się głębiej nad wyszukaniem przyczyny, która spowodowała zwężenie. Tkwi ona bardzo często w okolicach oddalonych od właściwego miejsca zwężonego, a trudność wykazania jej jest tem większa, gdyż spostrzegane objawy kliniczne w przebiegu różnych zwężeń przewodu pokarmowego mało czem się różnią. Z tego względu zasługują ze wszech miar na uwagę nowoczesne zapatrywania na znaczenie zmian wisceralnych okolic nawet najbardziej odległych od samej dwunastnicy, które w sposób dobitny tłumaczą występowanie wtórnych zmian w otoczeniu dwunastnicy. Z podobnych spraw zapalnych autor wymienia przedewszystkiem zmiany, które postępują drogą wstępującą, i uważa je za wyraz reakcji na przewlekły stan zapalny wyrostka robaczkowego (przyczyna najbardziej poważna), dalej zapalenie tkanki przykątniczej i samej kątnicy, zapalenie przydatków przymacicznych, zwłaszcza po stronie prawej, rzadziej zapalenie tkanki w otoczeniu esicy. W powstawaniu zmian, które powodują objawy zwężenia dwunastnicy, autor wyróżnia trzy podstawowe mechanizmy, a mianowicie 1) powstające na drodze wstępującej zrosty pozapalne i więzadełka, uporczywie utrzymujące się zatwardzenia i wreszcie zmiany zapalne w krezce (marskość i następowe kurczenie się), 2) wychodzące drogą zstępującą, a więc najrozmaitsze zakażenia i stany zapalne na tle kamicy woreczka żółciowego a także pewne sprawy zapalne przechodzące bezpośrednio od strony żołądka. W pierwszym razie sprawa szerzy się wzdłuż naczyń żylnych i chłonnych krezki, w drugim razie posuwa się bezpośrednio wzdłuż układu więzadłowego. Wreszcie ze zmian mechanicznych, powodujących wystąpienie objawów zwężeń dwunastnicy,

---

[22]) Dr. T. Janiszewski. Opieka nad chorymi gruźliczymi i walka z gruźlicą w Galicji. Kraków 1908.

[23]) Walka z gruźlicą. Ankieta Wydziału Krajowego. Głos Lekarzy 1909, str. 201.

[24]) Walka z gruźlicą. Referat Prof. Ciechanowskiego. Udział rządu w walce z gruźlicą. Głos Lekarzy 1909, str. 221.

[25]) Walka z gruźlicą. Dr. Szczepan Mikołajski. Zakres działania gmin, powiatów i kraju w walce z gruźlicą. Głos lekarzy 1909, str. 257.

autor wylicza opadnięcie trzew, zwłaszcza przesunięcia się narządów ku dołowi, a najczęściej nerki prawej, żołądka lub także kątnicy jelita wstępującego i poprzecznego. Opuszczenie trzew może zależeć od pierwotnych zmian marskich w nasadzie krezki, które powodują nieraz znacznego stopnia skrócenia tejże. Dalej z przyczyn mechanicznych wylicza: ewentualne istnienie wrodzonych więzadeł, opisanych przez Laua, Mayo i Jean, bądź nieprawidłowy rozwój wrodzony dwunastnicy a także zejścia stanów pozapalnych w narządach najbliższego otoczenia, jakoteż sprawy swoiste tychże narządów. Wreszcie pamiętać należy o możliwości wystąpienia zmian zapalnych w mięśniu Treitz'a (Treitzitis).

Z punktu widzenia praktycznego wskazanem jest przedewszystkiem skierować swoją uwagę na usunięcie przyczyny zwężenia (a mianowicie więzadełka, zrosty i sprawy zapalne otoczenia dwunastnicy), nie zaś leczyć następstwo tychże — najczęściej wrzodu dwunastnicy. Badanie radjograficzne wysuwa w większości przypadków niezbędność przeprowadzenia podwójnego badania, a zatem, stwierdzenie i wynalezienie przyczyny wypływającej, jakoteż przyczyny wpływającej na wystąpienie omawianych zmian i objawów. Wynik leczniczy zależny przedewszystkiem od poszczególnej postaci zwężenia i dlatego też rokowanie bywa różne. Najlepsze jest ono w przypadkach zwężeń, występujących w następstwie zmian mechanicznych. Wątpliwe bywa w przypadkach występujących w następstwie zmian zapalnych, które zazwyczaj najczęściej wracają i powtarzają się. Leczenie polega na podtrzymywaniu statyki trzewiów i pasy brzuszne oraz gimnastyka i diatermja. Leczenie chirurgiczne zależy od postaci obrazu anatomicznego, najczęściej zaś stosowana bywa bądź zespolenie żołądkowo-jelitowe bądź zespolenie dwunastniczo-jelitowe.

Wszechstronne ujęcie patologji zwężeń dwunastnicy, przedstawione w sposób bardzo zajmujący, zainteresuje niewątpliwie każdego internistę jakoteż chirurga. Zapoznanie się z treścią omawianej książki zmusi chirurga do unikania szablonu rutynowanego i zachęci jego w czasie operacji starannie do usunięcia nie tylko samego zwężenia, ale także i oddalonej często przyczyny tego schorzenia.

W. Janusz.

Liebe-Meiners: *Die Lichtbehandlung (Heliotherapie) in den deutschen Lungenheilanstalten.* Leipzig. C. Kabitsch. 1926.

Broszura ta, wielka oktawa o 44 stronicach, wychodzi obecnie po śmierci właściwego jej autora Liebego, w trzeciem wydaniu, przerobionem przez Meinersa. Powstała ona dzięki inicjatywie niemieckiego zjednoczenia lekarzy sanatorjów płucnych, którzy powierzyli Liebemu zbadanie przy pomocy ankiety, w których lecznicach niemieckich stosowane jest leczenie światłem, jakie metody są używane i jakie skutki zaobserwowano. Obejmuje ona prócz objaśniającego wstępu, rozdziały o kąpieli słonecznej i powietrznej, o sztucznej kąpieli świetlnej, o działaniu światła, o głębokiem naświetlaniu promieniami Roentgena i o kąpieli w świetle żarówkowem .Znajduje tam czytelnik różne poglądy lekarzy niemieckich na działanie lecznicze światła, poparte własną argumentacją a oparte na własnych badaniach i na własnem doświadczeniu. W ten sposób można sobie wyrobić zdanie o zgodnych i rozbieżnych poglądach na skutki działania tych metod leczniczych, na środki i przepisy zalecane w różnych zakładach niemieckich. Celem pracy jest pobudzenie do dalszych prac i stworzenie postępu w tej dziedzinie.

Jest to praca pożyteczna, z której lekarz praktyk może zaczerpnąć wiadomości o podstawach, działaniu i metodach leczenia światłem a lekarze sanatorjalni mogą znaleść pożyteczne informacje o niemieckich sposobach stosowania w praktyce tej metodyki leczniczej.

Dr. M. Blassberg (Kraków).

Dr. Georg Simon und Dr. Franz Redeker. *Spezielle Klinik und Diagnostik der Kindertuberculose.* 106 rycin i 2 tablice. Nakładca: Curt Kabitzsch, Lipsk 1926.

Jest to instruktywna monografja o gruźlicy dziecięcej, przedewszystkiem śródpiersiowej, którą autor omawia szczegółowo w pierwszych czterech rozdziałach. Kładzie tutaj autor nacisk na konieczność częstego prześwietlania płuc w przypadkach gruźlicy, w każdem jej okresie. Obrazy Roentgen. pozwalają bowiem śledzić cały proces anatomo-patolog. danego okresu tbc., a tem samem umożliwiają dokładne odróżnienie jednego stopnia gruźlicy od drugiego, co dla rokowania ma ważne znaczenie. Objawy kliniczne, na podstawie których jedynie, usiłują praktycy rozpoznać tbc. — jako bardzo wątpliwe, poddaje autor krytyce. To też gruźlica każdego stopnia, rozpoznawana może być dobrze tylko w zakładach z dobrym Roentgenem i wytrawnymi roentgenologami. Oprócz interesujących obrazów roentg., bogatej kazuistyki I. i II. stopnia gruźlicy, zasługą autora jest przejrzysty podział gruźlicy. Już dawno odróżniano 3 formy gruźlicy. Autor dopiero w r. 1924 opisał je dokładnie i ściśle oddzielił: 1) I. stadjum: ograniczone przestrzennie ognisko pierwotne i nacieczenie okołoogniskowe tkanki płucnej („perifokale Entzündung"), 2) II. stadjum: ogniska specyficzne, przestrzennie rozsianie, świadczące już o uogólnieniu zakażenia drogą układu naczyniowego.

Łatwo czytelnik się orjentuje w przeprowadzonym przez autora w podziale II. stadjum tbc. na: formę zapalną *(bronchopneumoniae i pleuritides)* i metastatyczną. W formie matastatycznej spotykamy już to przerzuty materjału zakaźnego do samych płuc (lokalizacja najczęstsza w szczytach — prognoza dobra), już to rozsianie materjału zakaźnego w całym organiźmie, co wieść może także do prognostycznie złej formy gruźlicy prosówkowej.

Trzecie stadjum gruźlicy (prognoza zła) — występuje później, nawet w kilka lat po stłumieniu objawów gruźlicy II. stopnia. Jaka jest jego patogeneza, czy mamy tutaj reinfekcję czy zmianę procesu immunizacyjnego w ustroju nie wiadomo. Faktem jest, że na *phtisis pulmonum*, zapadają ludzie, którzy w anamnezie rzadko podają przejście gruźlicy drugorzędnej. Ranke nazwał gruźlicę 3 stopnia „isolierte Phtise", czem chciał wskazać jej niezależność od II. stadjum. Formie tej jako rzadziej u dzieci występującej, autor poświęca mniej miejsca, i mniejszą popiera kazuistyką.

Zarzucić możnaby autorowi wyłączenie w rozdziale V. — gruźlicy pozapłucnej *(extrapulmonale Tuberkulose)* od ogólnego podziału, tak, że czytelnik ma wrażenie, jakby tej formy tbc. nie można było zaliczyć do żadnego powyżej omawianego okresu. A przecież wiadomo, że gruźlica poza klatką piersiową może w rzadkich przypadkach dawać przestrzennie ograniczone ognisko pierwotne — I. stadjum, częściej jest ona wyrazem uogólnienia zakażenia w ustroju, a więc powinnaby być omawiana jako jedna z form II. stadjum tbc.

Dr. Helena Rosenzweigowa (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Bratislavské Lekárske Listy.

Zeszyt 3, grudzień 1925.

Dr. L. Valach: *Mediastinopericarditis adhaesiva.* Autor wskazuje na doniosłość prześwietlania Roentgenem klatki piersiowej, przyczem możemy z przesunięcia serca i cieniów zrostów postawić rozpoznanie. Przy *mediastinopericarditis adhaesiva posterior* do rozpoznania przyczynić się może badanie skiaskopem przełyku, przyczem można stwierdzić ewentualnie istniejące skrzywienia.

Dr. Otmar Sadek: *Badanie cytologiczne treści żołądkowej.* Żołądek płucze się roztworem fizjologicznym NaCl, następnie 400 ccm herbaty. Obie porcje płynu centryfuguje się, a osad utrwala się w płomieniu i barwi metodą May-Grünwalda. Uzyskane obrazy są charakterystyczne poniekąd dla poszczególnych schorzeń żołądka (obecność większej ilości przybłonków, krwinek czerwonych, leukocytów, komórek rakowych etc.). Autor zaznacza, że badanie to jest tylko pomocnicze i niewystarczające samo przez się do postawienia ścisłego rozpoznania.

Dr. Radimska-Jandová: *O syndromie pseudobulbarnym.* Opis przypadku z zaburzeniami mowy i połykania, i prawostronną hemiplegją. Badanie histologiczne wykazało zwyrodnienie substancji szarej oraz nekrozę obu *corpora striata.* Przypadek ten ma służyć do poparcia twierdzenia, że *corpus striatum* jest niezbędne dla normalnego aktu mowy i połykania.

Dr. L. Děrer: *Przyczynek do odruchu Meltzer-Lyon'a.* Autor badał kolorymetrycznie w poszczególnych porcjach soku dwunastnicy ilość *Phenolsulphofthaleiny* wydzielanej przez żółć i równocześnie koncentrację kwasów żółciowych. Przy pomocy tej metody mógł wykazać, że wprowadzenie sondą dwunastnicową wysyconego roztworu $MgSO_4$ wpływa na opróżnienie woreczka żółciowego oraz podnieca czynność komórek wątrobowych.

Dr. Simeri Dr. Separović: *O rezerwie zasadowej w surowicy krwi czyli alkalozie i znaczeniu jej w przebiegu rozmaitych chorób.*

Dr. Sedlak: *O stosowaniu cukru gronowego (30—50%) roztworu przy leczeniu kiły.*

Dr. Fabian: *Leczenie kombinowane rzeżączki zapomocą wlewań dożylnych 50% glukozy i miejscowego leczenia preparatami srebrowymi.*

Dr. Koch: *Podłużna gastromyotomia* wykonana próbnie przy ciężkich krwawieniach z żołądka spowodowała opadnięcie, rozszerzenie i szybsze opróżnianie się żołądka, przez co uzyskano korzystne warunki dla gojenia się wrzodu. Chodzi o usunięcie ruchów peristaltycznych z warstwy okrężnej mięśni.

Zeszyt 4. Styczeń 1926.

Dr. M. Kriry: *Zmiany usposobienia przy stanach postencephalitycznych, szczególnie przy Parkinsonizmie.*

Dr. Tóth: *Zatrucia ługiem.*

Zeeszyt 5. Luty 1926.

Dr. Frejka: *Wyniki leczenia Mirjonem gośćca stawowego.* Na podstawie teoretycznych wskazań Fliegla i Straussa co do stosowania jodu przy bólach reumatycznych wstrzykiwał Mirion u całego szeregu pacjentów przy równoczesnem leczeniu miejscowem ciepłem. Z wyjątkiem przypadków *arthritis deformans,* wszystkie inne okazywały znaczną poprawę.

Zeszyt 6. Marzec 1926.

Dr. Roháček: *Cukrzyca adrenalinowa.* U chorego z ostrą *colitis* zastosowano klysmy z adrenaliną (1 cm³ adr. 1:1000 na 20 cm³ wody), które wywołały obraz ciężkiej cukrzycy. Po każdem klysma zwiększał się ciężar gatunkowy moczu i ilość wydzielanej wody; równolegle z tem obniżała się zdolność przyswajania węglowodanów. Krzywa cukru we krwi dała obraz prawdziwej cukrzycy. Chory reagował początkowo korzystnie na adrenalinę. W dalszym przebiegu nastąpiło znaczne pogorszenie i *exitus.* Wśród diabetyków spotykamy często wagotoników. Reakcja na adrenalinę jest niezależna od wagotonji. Atropina wpływa na obniżenie cukru we krwi u wagotoników. Ponieważ adrenalina pozostaje w ścisłym związku z systemem nerwowym i gruczołami dokrewnymi, możliwem jest wywołanie nietylko przejściowej glykosurji, ale też prawdziwej cukrzycy, którą w tym przypadku można nazwać adrenalinowa.

Dr. Meska: *Przyczynek do leczenia Bromoderma.* U epileptyka wystąpiły typowe objawy *bromoderma,* wskutek długotrwałego podawania bromu. Objawy te ustąpiły po dożylnych zastrzykach Gluckovenu (w 10 ccm 9'5 g. *calc. chlor.* + 4,5 g. *glucosae puriss.),* oraz lokalnem stosowaniem maści ichtoscylowej wedle Sambergera.

Dr. Bohinówna (Lwów).

The Journal of nervous and mental disease.

Vol. 61, N. 2, february, 1925.

Donath J.: *Znaczenie płatów czołowych mózgu dla wyższych czynności psychicznych. (The significance of the frontal brain with respect to the higher psychic functions).* — str. 113.

Autor stara się uzasadnić, że siedliskiem najwyższych czynności psychiki są płaty czołowe. Klinicznie w schorzeniach płatów czołowych, niezależnie od sprawy chorobowej (nowotwory, kiła, zatrucia, miażdżyca tętnic i t. d.), stwierdza się: 1) Objawy ruchowe (afazję, agrafję, amnezje ruchowe, objawy parkinsonizmu, akinezę, zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, niezborność czołową, objaw mijania, prawdopodobnie zaburzenia ruchowe tułowia i karku), 2) objawy sąsiedztwa i ogólne mózgowe i 3) objawy psychiczne, głównie w trzech postaciach: podobne do porażenia postępującego, do schizofrenji i znaczne otępienie. Te same objawy psychiczne występują i w razie rozległych uszkodzeń przedniej części spoidła wielkiego. Sądzi, że w schorzeniach płatów czołowych należy przyjąć jako udowodnione występowanie takich zaburzeń psychiki: 1) zaburzenia pamięci i spostrzegawczości, 2) zaburz. kojarzenia wyobrażeń i koncepcji, 3) osłabienia inteligencji, 4) zmiany nastroju i charakteru i 5) zaburzenia mnestyczno- skojarzeniowe. Pokrótce przytoczono dane, otrzymane drogą doświadczalną i anatomoporównawczą na zwierzętach (utratą zdolności wykonywania wyuczonych sztuk, utratą uczucia macierzyńskiego przy uszkodzeniach płatów czołowych; kora o typie prefrontalnym wynosi u człowieka 29% całej powierzchni mózgu, u szympansa —16,9%, u psa — 6,9%, u królika 2,2%). Dowody te uważa autor za uprawniające do przyjęcia w płatach czołowych siedliska intelektu: w tym zakresie mózgu istnieją engramy rzeczy i zjawisk, tu odbywa się wydawanie sądów i wyciąganie wniosków, tu wreszcie powstają impulsy woli. Jeżeli niezawsze stwierdzano zmiany psychiki w schorzeniach tych płatów, należy to uzależnić od niedostatecznego badania klinicznego.

Gordon A.: *Padaczka organiczna rozpatrywana z punktu widzenia umiejscowienia mózgowego. (Organic epilepsy considered from the standpoint of cerebral localisations).* — Str. 142.

Na podstawie 33 przypadków sekcyjnych, przytoczonych pokrótce w pracy z drgawkami padaczkowemi o typie Jacksona, stwierdzonemi w różnorodnych schorzeniach mózgu i przy różnorakiem siedlisku mózgowem (krwotoki do płatów czołowych, do komór, do płatów potylicznych, guzy móżdżku, kąta mostowo-móżdżkowego, przysadki mózgu, zapalenie opon it. d.), autor dochodzi do wniosku, że każdy zakres mózgu ma właściwości padaczkorodne. Drgawki padaczkowe Jacksona mogą powstawać przy każdem siedlisku sprawy chorobowej w mózgu wten sposób, że podrażnienia z odległych części mózgu dochodzą do kory ruchowej.

Brown S.: *Uwagi o wzajemnym stosunku między objawami psychicznemi i cielesnemi w psychonerwicach. (Remarks on the correlation of psychological and physical symptoms in the psychoneuroses).* — Str. 161.

Autor sądzi, że można uzgodnić dwa rozbieżne poglądy na powstawanie psychonerwic: o psychopochodnem i somatopochodnem ich pochodzeniu. We wszystkich nerwicach wiążą się ze sobą bardzo ściśle objawy roślinno-dokrewne z psychicznemi; jedynie czas i kolejność występowania jednych lub drugich bywa różna, o czem pouczyły psychonerwice wojenne. W tych ostatnich można było śledzić chorobę w ciągu całego jej przebiegu. Autor wyróżnia dwie grupy psychonerwic: I — liczniejsza, z przewagą objawów psychicznych na początku choroby; o ile po pierwszym okresie nie było poprawy, objawy psychiczne nabierały cech stanów lękowych, fobji i t. p. a jednocześnie występowały wyraźne objawy roślinno-dokrewne; nerwice te trwają do 5 lat i więcej. II gr. — odrazu występują wyraźne zaburzenia roślinno-dokrewne, a potem stopniowo rozwijają się objawy psychiczne. Okres końcowy obu grup daje ten sam obraz kliniczny. Psychonerwice II-giej gr. dają gorsze rokowanie. W daleko posuniętych przypadkach leczenie dokrewne daje lepsze wyniki niż psychoterapja. Właściwości konstytucji chorego decydują o typie początku psychonerwicy, dalszy zaś przebieg jest zawsze taki sam. Sądzi, że każda psychonerwica jest jednocześnie psycho- i somatopochodną, a ten czy inny jej wyraz kliniczny zależy od czasu trwania choroby.

Grimberg L.: *Bezwład połowiczy pozapiramidowy. (Analiza przypadku z „postawami przymusowemi). (Extra-pyramidal hemiplegia. (An analysis of a case with „forced movements" or Zwangsstellung).* — Str. 167.

Analiza objawów jednego banalnego przypadku parkinsonizmu (najprawdopodobniej po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu, przyp. ref.) z przewagą hipertonji po stronie prawej i rozprzestrzenianiem się jej podczas wykonywania żądanych ruchów, jakoteż z występowaniem współruchów symetrycznych. Za objawy istotne odróżniające porażenia pozapiramidowe od piramidowych uważa hipertonję ogólną, dającą określone postawy, rozchodzącą się na odległe części ciała i prowadzącą do odruchu wdrapywania się. Wszystkie objawy występujące wskutek uszkodzeń pozapiramidowych, jak drżenia, ruchy atetotyczne, wyraz twarzy, zaburzenia mowy i t. d., należy klinicznie rozpatrywać z punktu widzenia zaburzeń statyki, zaburzeń postaw, zależnych od hipertonji. Zaburzenia kinetyczne zależą od układu piramidowego, zaburzenia statyczne od układu pozapiramidowego.

Vol. 61,N. 3, March, 1925.

Marburg O. *Uwagi o zmianach anatomicznych kory wywołanych przez psychozy. (Remarks on the pathological alterations of the cortex caused by psychoses).* — Str. 225.

Krótkie, treściwe i rzeczowe zestawienie zmian kory mózgowej, stwierdzanych w chorobach umysłowych. Praca sama w sobie stanowi referat, którego celem jest wskazanie dróg dla dalszych badań neurologicznych w psychjatrji. Znaczenie schorzeń opon mózgowych dla zmian korowych jest według autora przeceniane. Doszukiwanie się swoistych dla każdej psychozy zmian w komórkach zwojowych kory daje małe widoki na przyszłość to samo dotyczy i zmian gleju. Większa uwaga winna być zwrócona na zmiany we włóknach nerwowych, które najsłabszym zmianom ulegają w psychozie maniakalno-depresyjnej, silniejszym w schizofrenji, największym w porażeniu postępującem. Zmiany naczyniowe w psychozie maniakalno-depresyjnej przypominają uraz naczyniowy, w schizofrenji zaś obraz ciężkiego zatrucia. Co do siedliska zmian, okazuje się, że najłatwiej i najczęściej stwierdza się zmiany w 3-iej warstwie kory, w średnich komórkach piramidowych, najrzadziej w korze płata potylicznego. W porażeniu postępującem często najsilniej zajęta bywa 2-ga warstwa korowa, w schizofrenji — głębsze warstwy. W psychozie maniakalno-depresyjnej największe zmiany spotyka się w korze płatów czołowych i 2 i 3-iego płatów skroniowych, przytem uszkodzone są włókna ponadpromieniowe (supraradjalne), a więc drogi, któremi podniety przenoszą się do ośrodków dynamicznotonicznych. W schizofrenji siedlisko zmian bywa bardzo różne, i obraz kliniczny różnoraki. Autor zwalcza pogląd uzależniający otępienie od zmian w płatach przedczołowych; anatomicznie otępieniu odpowiadają rozlane zmiany korowe, dotyczące w szczególności włókien nerwowych. Na podstawie obrazu anatomopatologicznego dadzą się według Marburga wyróżnić cztery grupy psychoz: 1) psychoza maniakalno-depresyjna, 2) schizofrenja, 3) porażenie postępujące i 4) psychozy wieku starczego.

Bishop L.: *Nerwica serca w świetle nowoczesnej kardiologji. (Cardiac neurosis in the light of modern cardiology)* — Str. 232.

Na podstawie dokładnej analizy elektrokardjogramów, autor dochodzi do wniosków, że słuszną jest teorja mięśniowa czynności serca i że conajmniej połowa zaburzeń czynnościowych serca jest pochodzenia mięśniowego, druga połowa nerwo-mięśniowego. Wyróżnia 10 grup nieprawidłowości tętna, z licznemi podgrupami (niemiarowość zatokowa, oddechowa lub młodociana, skurcze dodatkowe i przedwczesne, które dzieli na 10 podgrup, *tachycardia paroxysmalis*, trzepotanie przedsionków, rytm węzłowy, drgania przedsionkowe, blok sercowy, tętno komorowe, blok zatokowo-przedsionkowy, tętno naprzemienne). Liczne kardjogramy.

White W.: *Znaczenie psychopatologji w ogólnej patologji ustroju. (The significance of psychopathology for general somatic pathology).* — Str. 246.

Ogólne rozważania, zmierzające do wykazania konieczności szerokiego uwzględnienia psychopatologji w patologji ogólnej, którą autor pragnąłby widzieć jako naukę syntetyzującą, czyli dążącą do ujęcia zmian ustroju jako całości. Podział chorób na cielesne i umysłowe jest sztuczny; każda z nich jest chorobą całego ustroju. Do takiego poglądu doprowadza autora analiza stosunku, między ciałem a umysłem ew. psychiką (obu ostatnich pojęć używa autor jako synonimów). Zagadnienie to uważa za nieistniejące, rzekome, stworzone sztucznie, na drodze nie biologicznego myślenia. Niema dwóch zamkniętych układów: cielesnego i psychicznego, nawet ustrój jako całość nie stanowi układu zamkniętego, ale związany jest stosunkiem dynamicznym z otoczeniem. Energja ustroju ujawnia się zawsze dwojako: cieleśnie, prowadząc do czynności rozgrywających się na określonem podłożu anatomicznem, i — psychicznie, w którem czynnością jest myślenie, a treść myśli — strukturą. Każda choroba ma składnik cielesny i psychiczny. Psychika jest wyrazem całego ustroju, a każde oddziaływanie ustroju jako całości jest oddziaływaniem psychicznem. Psychika jest równie stara rozwojowo, jak i ciało: mieści bowiem w sobie doświadczenie miljonów lat istnienia życia, a ten psychiczny osad żywej istoty zamknięty jest w nieświadomem. Dla każdego szczebla rozwoju biologicznego istnieją nietylko swoiste odczyny ruchowe ale i ogólne czyli psychiczne, których człowiek uświadomić nie może. W chorobie wypływają one u człowieka jako organiczne symbole. Dlatego patologja powinna być trójwymierną, badać nietylko czynności każdego narządu z osobna i jako współzależne części całego ustroju, ale przenieść swe dociekania poza osobnika, włączyć do swych badań całkowite życie istoty żywej, biorąc jako współrzędną czas, podobnie jak to czynimy w tłumaczeniu złośliwości nowotworu.

Vol. 61, N. 4, April, 1925.

Abrahamson I.: *Rozważania nad tonusem mięśniowym.* Przemówienie prezesa Towarzystwa neurologów w New Jorku. *(Some reflections on musele tonus.* President's address, New-Jork neurological Society). — Str. 337.

Autor wychodzi z założenia, że w działaniu pary mięśniowej pierwotną i zasadniczą czynnością nerwową odruchową jest działanie hamujące tonus. Ruch członka to szereg kolejnych zmian postaw, a każda zmiana postawy to szereg zmian tonusu w parze mięśniowej. Trzy zmienne charakteryzują każdą zmianę tonusu: rozległość zmiany, czas jej trwania i rytm kolejnych zmian. W warunkach prawidłowych zmiany tonusu występują 20 razy na sekundę. Przy każdej zmianie tonusu, w agoniście zużywa się pewną energję na przezwyciężenie pierwotnego odruchu hamującego tonus, a w tym samym czasie w antagoniście każdemu kolejnemu zwiotczeniu odpowiada wzmaganie się czynności hamującej tonus. Wszystkie zaburzenia ruchowe można rozpatrywać jako zaburzenia pierwotnej czynności nerwowej odruchowej hamującej tonus przytem rozprzężenie między czasem trwania wzmożenia tonusu w agoniście i czasem trwania zmniejszenia tonusu w antagoniście wywoła największe zaburzenia w ruchach. Anatomicznem podłożem czynności hamującej w parze mięśni jest sarkoplazma mięśniowa, unerwiana przez włókna sympatyczne, biorące początek z rogów bocznych rdzenia. Przy ruchach bardziej złożonych wchodzą w grę wyższe ośrodki do których autor zalicza: zakresy korowe, w których mają siedlisko obrazy pamięciowe postaw, zakres prepiramidowy czyli jąder podkorowych, w którym obrazy postaw nabierają właściwości tonicznych, dotyczących szybkości, siły, rytmu zmian tonicznych, wreszcie zakres korowy ruchowy Rolanda. Podrażnienia zakresu prepiramidowego, o ile dotyczą części leżących bliżej kory ruchowej, wywołują drgania myokloniczne, zwyrodnienie tego zakresu daje objawy dystonji; ruchy pląsawicze zależą od chaosu, powstającego w zakresach z przedstawicielstwem obrazów postawionych; zniszczenie właściwego zakresu prepiramidowego daje objawy parkinsonizmu. Zajęcie szlaków piramidowych wywołuje zaburzenia w zmianach fazowych tonusu: wiotczenie antagonistów staje się przedwczesne i przetrwałe. Naogół ruch swym składnikiem tonicznym wyraża właściwości roślinne i afektywne, pierwsze w postaci miejscowego wzmożenia tonusu, drugie — ogólnego.

Lewis N.: *Stan obecny leczenia porażenia postępującego szczepieniem malarji (The present status of the malarial inoculation treatment for general paresis).* — str. 344. Szczepiono malarję w 51 przypadkach por. postępującego, otrzymano: w 16 — zupełną remisję, w 14 — zatrzymanie choroby w rozwoju, w 12 — szybkie postępujące otępienie, w 13 — śmierć z powodu innej choroby. Kiłę mózgu typu naczyniowego wykluczają z leczenia, krwi nie należy brać od chorych na kiłę. Brak równoległości między poprawą kliniczną i obrazem serologicznym; rokowanie na podstawie płynu niemożliwe. We krwi szczepionych brak zupełnie postaci żeńskich malarji. Leczenie: dwa razy dz. po 0.5 chininy w ciągu tygodnia — tydzień przerwy — w ciągu 3 dni 2. r. dz. po 0,5 chininy — 6 dni przerwy i t. d. aż do ogólnej ilości 15 gramów chininy. Poprawa dotyczy: zdolności do pracy, poczytalności, odruchu źrenic, mowy, pisma, objawów piramidowych. Najdłuższa remisja do $6^1/_2$ lat.

Bebb G.: *Badania nad zaburzeniami pamięci w śpiączkowem zapaleniu mózgu. (A study of memory deterioration in encephalitis lethargica).* — str. 357. W 21 przypadkach parkinsonizmu badano pamięć metodą Wellsa za pomocą test (wiadomości osobnicze, zjawiska bieżące, wiadomości szkolne, powtarzanie liczb rzymskich i arabskich, alfabetu, parzyste skojarzenia, podstawianie, rozpoznawanie, nazywanie przedmiotów). Przyjmując normę za 100, stwierdzono w $83^1/_3$% przypadków poniżej normy, średnio 78,92 punktów i w $16^2/_3$% powyżej normy, co zajmuje miejsce pośrednie między wynikami badań nad pamięcią schizofreników (83 punkty) i w psychozie maniakalno-depresyjnej (74 punkty). Zaburzenia dotyczą w znaczniejszym stopniu zapamiętywania świeżych wrażeń i złożonych procesów pamięciowych. Trudno wykluczyć wpływ zwolnienia mowy.

Vol. 61, N. 6. June, 1925.

Jelliffe S.: *Skojarzenie patologji ciała z psychopatologją w zapaleniu mózgu. Urywek. (Somatic pathology and psychopathology at the encephalitis crossroad: a fragment).* — str. 561. Drogą psychoanalizy jednego banalnego przypadku nagminnego śpiączkowego zapalenia mózgu, autor stara się oświetlić zagadnienie, które nazywa rzekomem, stosunku ciała do duszy. Chodzi o 20-letniego mężczyznę, u którego w 3-cim roku choroby stwierdzono: napadowo występujące zaburzenia oddechowe o cechach tików, i dusznicy, ze ślinotokiem, tężyczkowemi drganiami i odurzeniem, parkinsonizm średniego stopnia z lekkiem drżeniem, wyraźniejszem prawostronnie, tłusta twarz, polydipsia, poliurja i zmiany charakteru oraz onanizm. Z punktu widzenia psychopatologji autor wszystkie wyliczone objawy uważa za symboliczny nawrót do łona matki. Zaburzenia oddechowe i stan lęku wiąże ze snem o porodzie, ślinotok i zaburzenia oddechowe, łącznie ze zmianami naczyniowemi i tłustą twarzą są to wyrazy uczucia rozkoszy płciowej, drżenie — to wyparty sadyzm, ustawienie kończyn i odurzenie dopełnia całości symbolicznego obrazu. Chodzi tu o wykolejenie wskutek choroby do starszej rozwojowo płaszczyzny czynnościowej, dające objawy cielesne i psychiczne, płynące z tego samego źródła energji.

Astwazaturow M.: *O istocie odruchów brzusznych. (On the nature of abdominal reflexes).* — str. 587. Autor zwalcza podział odruchów na skórne i głębokie i przeciwstawia podział oparty na rozwoju onto- i filogenetycznym, a mianowicie: stare pod względem rozwojowym odruchy i nowe; — stare odruchy dzieli na archeorefleksy (np. automatyzmy rdzeniowe) czyli odruchy odcinkowe, i paleorefleksy — bardziej złożone, np. objaw Babińskiego, drugą grupę nazywa neorefleksami, do których zalicza odruchy brzuszne. Stare odruchy występują zazwyczaj z powodu utraty wpływów regulacyjnych wyższych urządzeń nerwowych, w tych samych warunkach nowe odruchy słabną lub znikają. Brak odruchów brzusznych u zwierząt domowych, występowanie odruchów tych u dziecka dopiero w 8-ym miesiącu. a więc w okresie siadania, i niewystępowanie ich u dzieci, nie mogących siadać, wreszcie utrata odruchów brzusznych w razie uszkodzenia szlaków piramidowych — oto dowody przynależności do neorefleksów. Odruchy brzuszne autor uważa za wyraz szczególnego tonusu mięśni brzucha, występującego dopiero u zwierząt stojących na dwóch łapach, wskutek pobudzenia ze strony trzew, uciskających na ścianę brzuszną.

Winkelman N. i Eckel J.: *Rozległe krwotoki domózgowe. Badania długości życia po ich wystąpieniu. (Extensive brain haemorrhage. A study to determine the duration of life after its occurrence).* — str. 593. Autor podaje krótki opis objawów klinicznych i obrazu anatomicznego w 30 przypadkach rozległych krwotoków do mózgu lub komór i zastanawia się, ile czasu upłynęło między nie-

wątpliwemi objawami klinicznemi (utrata przytomności, porażenia i t. d.), a śmiercią. W 22 przypadkach krwotoków dokomorowych najwcześniejsza śmierć wystąpiła dopiero po 5 godzinach; w 1 z nich chory żył jeszcze 15 dni; ciekawe, że tylko w dwóch były drgawski. Najszybciej śmierć występuje w krwotokach do mostu, ale też nigdy wcześniej niż po godzinie. Co się tyczy zaburzeń świadomości, to z ogólnej liczby 30, w 23 przypadkach wystąpiła utrata świadomości natychmiast lub wkrótce, w 4 — przymroczenie świadomości lub słabe bredzenie, tylko w 1 przypadku przytomność była zachowana. Ostateczny wniosek, że nawet rozległe krwotoki do komór i mostu nie wywołują natychmiastowej śmierci, t. j. w pierwszej godzinie po wystąpieniu objawów klinicznych krwotoku.

St. K. Pieńkowski (Warszawa).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1926-XLII/3.

Ch. Jackson: *Sprawy ropne płuc z powodu inspiracji ciał obcych.* Przytoczono szereg przypadków ropnych spraw płuc na tle ciał obcych (gwoździ, spinek, śrub i t. d.), tkwiących tam od 10—35 lat. Prawie wszystkie szybko się wygoiły po usunięciu tychże ciał. Ta duża odsetka zupełnego wyleczenia ropienia płuc na tle ciał obcych sprawia, że należałoby stworzyć nowy podział spraw ropnych płuc, ściśle odgraniczający te ropienia od spraw ropnych na innem tle.

M. Willis: *Śmiertelność w niektórych przypadkach chirurgicznych, a zwłaszcza w zapaleniu wyrostka robaczkowego.* Praca statystyczna.

S. Judd a. V. Burden: *Kamica żółciowa śródwątrobowa.* Przedstawiono przypadek kamicy z powodu której wykonano w r. 1913 zabieg i usunięto wiele kamieni z woreczka przewodu wspólnego i wątrobowego. W roku 1914 chory zgłosił się ponownie z bolami w okolicy wątrobowej, promieniującymi ku prawemu barkowi. Zastosowano leczenie wewn. w r. 1916 pacjent znowu się zgłosił z objawami zwężenia odźwiernika. Wykonano wobec tego zespolenie żołądkowo-jelitowe przyczem znaleziono wątrobę zupełnie prawidłową. W r. 1924 zapada on na ostrą niedrożność jelit i w pięć dni po wykonaniu przetoki umiera.

Na sekcji znaleziono *„diverticulitis sigmoidei"*, a w przewodzie wspólnym i miąższu wątrobowym około 10 kamieni o średnicy od kilku mm. do 1 cm.

D. Orile: *Nowy sposób wykazania uszkodzeń n. medianus.* Przy spowodowaniu przekrwienia kończyny, stają się stopniowo palec 1, 2, 3 i połowa 4-go sine. Zaś palec 5, druga połowa 4-go i przynależna część dłoni stają się czerwone. Gdy ucisk usuniemy ręka przybiera powoli barwę prawidłową.

A. Whipple: *Wycięcie śledziony jako sposób leczniczy przy „purpura haemorrhagica trombo-cytopen.* Autor przedstawia cztery przypadki poddane zabiegowi z dobrym wynikiem. Zebrał on przytem z piśmoiennictwa 81 przypadków podobnych, a to 78 typu przewlekłego, z tego zmarło 6, 8 ostrego, z tego zmarło 7. Z 61 pozostałych było z wynikiem dobrym 51, złym 4, słabym 6.

Rockwood, Mussey a. Keich: *Obserwacje kliniczne nad zapaleniem nerek w ciąży.* Praca oparta na obfitym materjale klinicznym.

H. Graham: *Skręt kiszki ślepej. Rzadki przypadek skrętu kiszki ślepej.*

J. Head: *Rak pępka w następstwie raka kiszki ślepej.* Opis przypadku.

W. Cole: *Chondrodysplasia.* C. omawia chondrodysplazję na podstawie obserwacji swego materjału klinicznego. Wnioski jakie z tej obserwacji wyciąga są: choroba Olliera jest to wyrażenie, które winno być używane dla określenia tych przypadków *„dystrophia cartilag."* z guzami chrzęstnymi lub bez nich, które dają jako obraz kliniczny niesymetryczny rozwój ciała. Chondrodysplasia zaś może wystąpić symetrycznie i niesymetrycznie i jest wyrażeniem o pojęciu szerszem. Podział ostateczny tej sprawy jest jeszcze niemożliwy. Często różny obraz kliniczny przedstawia tylko różne okresy tej samej jednostki chorobowej.

W. Hughson: *Żylak v. epigastrica superficialis naśladujący przepuklinę udową.* U kobiety otyłej stwierdzono w lewej okolicy udowej, guz średnicy 4 cm. znikający przy ucisku, nie wykazujący tętnienia, szmerów ani zabarwienia niebieskiego. Rozpoznano przepuklinę udową. Przy zabiegu jednak znaleziono znacznie rozszeżoną żyłę w postaci cystowatego żylaka, który usunięto.

W. Thomson: *Chirurgiczne leczenie t. zw. „acute abdomen".* Krótka praca ogólna z podaniem obszernego piśmiennictwa.

E. Butler a. G. Delprot: *Pancreatitis haemorrhagica acuta.* Opis przypadku nie dającego klinicznie typowych objawów, z powodu bardzo wczesnego okresu. Rozpoznano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w trzustce miejsce wielkości orzecha, barwy czekoladowej. Stykająca się z tym wypukleniem trzustki, powierzchnia otrzewnej była obrzękła i zaczerwieniona. Część zajętą wycięto, pacjent wyzdrowiał.

A. Codman: *Prowadzenie wykazów mięsaków kości.*

Th. Moise: *Zapalenie opon w następstwie wrodzonego „sinus sacralis".* Opis przypadku.

L. Dum: *Przepuklina więzadła szerokiego (lig. latum).* Dotychczas opisano tylko 4 przypadki tej przepukliny, autor podaje piąty. Jest to sprawa bardzo rzadka, występuje częściej u kobiet, które rodziły. Klinicznie daje objawy ostrej niedrożności jelit.

Dział techniczny.

W. Babeock: *Sposób częściowego wycięcia żołądka.*

Bosch Arana: *Ruchowo twórcze odjęcie kończyny.*

R. Reich: *Usztywnienie stawu poniżej kości skokowej w leczeniu starych złamań tejże kości.*

E. Keyes: *Zabieg przy niedomodze moczowej w następstwie usunięcia gruczołu krokowego.*

F. Quesada: *Rozpoznanie roentgenologiczne w złamaniach obojczyka.*

Cl. Bird: *Zespolenie żył.*

1926-XLII/4.

V. Putti: *Wrodzone zwichnięcie w stawie biodrowym.* Na podstawie swej statystyki opartej na 1879 przypadkach zdołał P. stwierdzić dziedziczność w 13%. Na dziewczęta przypada 84.9%, na chłopców zaś 15.1%. W 60% było zwichnięcie pojedyńcze w 40% obustronne. Sprawę należy rozpoznać o ile możności jak najszybciej opierając się między innymi na następujących objawach: w sprawie jednostronnej fałdy skórne pośladkowe nie są symetrycznie ułożone, abdukcja jest nieco upośledzona, kończyna ma skłonność do ustawiania się w lekkiej rotacji zewnętrznej.

Wyniki ma autor dzięki wyrobionej technice dobre, bo 80% wyleczenia dla pojedynczej, a 60% dla obustronnej.

W. Walters: *Wtórne zabiegi na przewodzie żółciowym wspólnym.* 13 przypadków operowanych wtórnie najczęściej z powodu obecności kamieni w przewodzie wspólnym.

D. Quick: *Rad i promienie roentgen. w leczeniu złośliwych spraw jam dodatkowych nosa.* Krótka praca ogólna.

A. Gutierez: *Wartość płatów otrzewnowych ...... (The value of the peritoneal sheets of coalescence in abdom. surgery).* Autor przedstawia technikę zwalniania (mobilizowania) poszczególnych części narządu np. dwunastnicy, jelita cienkiego, grubego, śledziony trzustki i t. d. celem ułatwienia zabiegów w jamie brzusznej.

W. Key: *Doświadczalne zakażenie rogówki szczurów.* Studja nad wpływem leczenia białkowego na doświadczalne zakażanie rogówki szczura paciorkowcem.

M. Miles: *Przepuklina pochwowa.* Autor przytacza z piśmiennictwa 9 przypadków i dodaje dwa swoje.

W. Simpson: *Trzy przypadki przerzutów gruczołu tarczykowego do kości.* Przerzuty do trzonu kręgowego, kości udowej i skokowej. Z piśmiennictwa streścił autor 7 przypadków.

F. Lahey: *Przeszczepianie gruczołów przytarczycznych.* Jeżeli przy usuwaniu wola usunie się przypadkowo gruczoły przytarczyczne należy je natychmiast wszczepić w m. sutkowomostkowoobojczykowy, uważając by łożysko, w którem się je umieszcza było suche.

L. Eliason: *Ropień wątroby.* 14 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w których rozwinął się ropień wątroby i *pylephlebitis.* Wyleczenie w 54%.

P. Oginz: *Wycięcie macicy celem przerwania ciąży (anterior abdominal hysteroctomy).* Wycięcie macicy celem przerwania ciąży ma wielkie znaczenie w niektórych przypadkach gruźlicy płuc, schorzeń serca, nerek i powinno być wykonywane dla korzyści chorego częściej niż dotychczas.

F. Johnson: *Końcowe wyniki chirurg. leczenia (interposition operation) wypadnięcia macicy i cystocele.* Krótka praca statystyczna.

A. Snell: *Żółtaczka.* Autor omawia problem badań chemicznych i fizjologicznych wątroby zwłaszcza przy żółtaczce.

S. Seeger: *Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci.* Na podstawie obserwacji 61 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci dochodzi autor do następujących wniosków:

1) występuje ono rzadko w pierwszych dwu latach.
2) ma dużą skłonność do przebicia.
3) powinno się je leczyć chirurgicznie używając cięcia Mc. Burneya.

4) odwodnienie ustroju przy zapaleniu wyrostka jest poważnym czynnikiem osłabiającym, na to też należy zwrócić uwagę w leczeniu przed i pooperacyjnem.

S. Kramer: *Diverticulitis purulenta.* Rzadki wypadek ropnia wątroby i *pylephlebitis* w następstwie wymienionej w tytule sprawy.

H. John: *Cukromocz, a ciąża.*

Dodatek do chirurgji klinicznej.

Gaiellier: *Wewnętrzne drenowanie przewodu żółciowego wspólnego.*

Polak: *Technika cięcia cesarskiego (transperitonealnie).*

Smith: *Stosowanie płatów skórnych.*

Lundy: *Ulepszona strzykawka i igła do miejscowego znieczulania.*

Stone: *Leczenie pruritus ani przez wstrzykiwania alkoholowe.*

Rogers: *Leczenie ostrego pooperacyjnego zatrucia przy hyperthyroidismus.*

Kane: *Etjologja i leczenie tężyczki.*

Janik (Lwów).

Zentralblatt für Gynäkologie.

1926. Nr. 8.

G. Schwarz-Königsberg podaje metodę graficznego przedstawiania kształtu główki noworodka w celach dydaktycznych, zapomocą zdjęć fotograficznych. (Ilustracje w tekście).

K. Fink-Königsberg opisuje przypadek, w którym na tle urazu w czasie ciąży powstały zranienia obu przedramion płodu.

W. Haupt-Köln: *Przyczynek do zachowania napięcia tętna po bólach porodowych.* Na podstawie badanych przypadków stwierdza autor, że napięcie tętna u rodzącej wzrasta bezpośrednio po bólu, poczem obniża się w pauzie między bólami. Podczas bólu zaś osiąga najniższe wartości.

H. Jenthner (Leningrad) podnosi zalety sposobów badania rodzącej podanych przez Piskacka i Schwarzenbacha, zapomocą których można łatwo i pewnie bez uciekania się do badania wewnętrznego, stwierdzić gdzie się znajduje główka w miednicy. Przypomina przytem o podobnej metodzie podanej przez siebie w r. 1923.

S. v. Thurn-Rumbach (Budapest): *Częstość operacji kleszczowej a śmiertelność ogólna.* Autor podaje statystykę operacji kleszczowych z 21 lat. Odsetek operacyj kleszczowych wynosi 2,31%, przy 7,69% śmiertelności dzieci a 1,26% śmiertelności ogólnej matek.

J. O. Neumann (Düsseldorf) opisuje przypadek uszkodzenia jelit przez uciskadło założone na tętnicę brzuszną w celu opanowania krwotoku po porodzie.

E. Klaften (Wiedeń): *W sprawie etjologji późnych krwawień w połogu.* Autor opisuje 3 przyp. krwotoków w kilka dni po normalnym porodzie. Za przyczynę uważa zatrzymanie się w jamie macicy drobnych części *decidua compacta* i wytworzenie się wskutek tego polipów łożyskowych. Poleca więc przy oglądaniu łożyska zwracanie uwagi na całość lśniąco szarawej powłoczki na matczynej stronie łożyska zwłaszcza po zabiegu Credego.

E. Kahn (Jerozolima). Przypadek zwapnienia dawnego poronienia trąbkowego i przypadek *Missed labour.*

Dr. Tuberowski (Sablino) 3 przypadki włókniaków pochwy.

J. Krzyżanowski (Lwów).

Mitteilungen aus der med. Fakult. der Kaiserlichen Ryushu Universität Japan.

B. IX. H. 2. 1924.

Ryozo Ohno: *Badanie nad uczynnianiem siły trawiennej soku trzustkowego.*

Z badań doświadczalnych autora wynika, że z grudek chłonnych ściany jelita wędrują stale limfocyty we wielkiej ilości do przewodu pokarmowego. Limfocyty te posiadają własność uczynniania siły trawiennej soku trzustkowego dla ciał białkowych, tłuszczów i węglowodanów, spełniają one zatem ważną rolę przy trawieniu. Ohna wykazał to w ten sposób, że do soku trzustkowego otrzymanego z przetoki trzustkowej u psa dodawał miazgę limfocytów z grudek chłonnych przewodu pokarmowego, i przekonał się, że wtenczas trawienie białka tłuszczów i węglowodanów prędzej i intensywniej się odbywało, jak w badaniach kontrolnych.

Schusterówna (Lwów).

Strahlentherapie.

B. XX. H. 2.

Dr. J. Borak. *Roentgeno- i organoterapja przy schorzeniach gruczołów dokrewnych.* I. Część: Gruczoł tarczykowy. Autor omawia różnice i podobieństwa działania roentgeno- i organoterapji w schorzeniach wewnętrzno-wydzielniczych. W części pierwszej swej pracy przeprowadza dokładną analizę schorzeń typowych dla tarczycy. Myxoedema jest schorzeniem wywołanem obniżeniem czynności tego gruczołu; leczenie thyreoidyną przeprowadzane stale z uwzględnieniem koniecznych przerw usuwa objawy tego cierpienia, jednakowoż bez wyleczenia przyczynowego. Choroba Basedowa jest wywołana nadmierną czynnością tarczycy. Chirurgiczne usunięcie źródła tej choroby a więc dużej części gruczołu tarczykowego doprowadza do wyleczenia i to nie objawowego lecz przyczynowego i nie przejściowego, lecz stałego. Całkowite wycięcie tarczycy prowadzi do powstania myxoedema. Leczenie roentgenowskie działa zupełnie podobnie jak chirurgiczne, w 80—90% uzyskuje się bardzo znaczne polepszenie, a nawet całkowite wyleczenie. Najpierw ustępują objawy psychiczno-nerwowe — potem czynnościowe jak bicie serca, poty, biegunki, najpóźniej znikają zmiany anatomiczne, a więc: *struma* i *exophtalmus.* Powolne zmniejszanie się wola, mimo wybitnej poprawy innych objawów chorobowych świadczy o tem, że czynność narządu dokrewnego jest zupełnie niezależną od jego wielkości. Działanie promieni Roentgena objawia się przedewszystkiem zahamowaniem czynności komórkowej, prawdopodobnie (wedle Pordesa) dzięki wywołaniu zmian fizykalno-chemicznych w protoplazmie. Na jądra komórkowe działają promienie Roentgena dopiero przez zsumowanie się stosowanych w ciągu dłuższego leczenia małych dawek, wskutek czego dochodzi w końcu do uszkodzenia zdolności rozrodczej komórki i zmniejszenia się całego narządu.

Przy chorobie Basedowa występuje często przerost grasicy, dlatego naświetla się zazwyczaj oprócz tarczycy, także i górną część mostka. Wedle nowszych poglądów w przebiegu *morbus* Basedowii przerasta grasica, gdyż działa ona antitoksycznie wobec jadów produkowanych przez tarczycę. Dlatego też grasica pozostawiona w organizmie przy chirurgicznem usunięciu gruczołu tarczykowego, może stać się niebezpieczną i z tego powodu należy ją przed operacją poddać naświetlaniom roentgenowskim.

Istnieje też związek między czynnością jajników a chorobą Basedowa, n. p. w *climacterium* następuje pogorszenie m. Basedowii lub nawrót, to samo po sztucznej kastracji. Brak czynności jajnikowej pobudza tarczyce do nadmiernej funkcji, oczywiście przy szczególnej skłonności organizmu. Obecnie w przypadkach *amenorrhoe* w przebiegu choroby Basedowa naświetla się jajniki (Mannaberg). Pod wpływem małych dawek powraca miesiączkowanie, co wpływa dodatnio na psychiczne i somatyczne objawy chorobowe. To samo można uzyskać podawaniem przetworów jajnikowych. Naświetlanie jajników, jak i grasicy w chorobie Basedowa można uważać za leczenie pomocnicze obok głównie działających naświetlań samej tarczycy.

Metoda: 3 serje, po 3 naświetlania (co 2 dni 1 pole). Przerwa między serjami trwa 3—4 tygodnie. Dawki 1/3 HED przy 4 mm Al. W ciężkich przypadkach dawki mniejsze, przerwy dłuższe. Naświetla się: 1) stronę prawą, 2) str. lewą, 3) okolica grasicy.

J. Chudyk (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XV, Nr. 5, z 1 lipca 1926: Z. Pelczar: Plethora abdominalis z uwzględnieniem jej leczenia w zdrojowiskach krajowych. — St. Lewicki: Bibliografja polskiego zdrojownictwa (ciąg dalszy).

Kronika dentystyczna, Rok XX, Nr. 11—12 za listopad i grudzień 1926: Nowoczesne metody leczenia przewodów korzeniowych (dok.). — W sprawie zakazu przywozu z zagranicy kauczuku dentystycznego.

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie. Tom V, zeszyt II za kwiecień 1926: I. Milejkowski: Eozynofilja w chorobach skórnych. — A. Wileńczyk: Oidiomycosis skóry. G. Zuckerwar: W sprawie stosunku wzajemnego czynności swoistej skóry do ogólnej przemiany materji w ustroju z uwzględnieniem badań nad przemianą węglowodanową w niektórych schorzeniach skórnych. — M. Płońsker: Przyczynek do sprawy nabłoniaków komórkowych u mężczyzn. — A. Zamenhof: Gruźlica a sprawy wysiękowe w siatkówce. — W. Arkin: O barwiku oka i jego roli

w patologji narządu wzrokowego. — A. Graber: Fenolkampfen w lecznictwie ropnego zapalenia stawów.

Warszawskie czasopismo lekarskie. Rok III, Nr. 6 z czerwca 1926: J. Rutkowski: Przetaczanie krwi. — Wł. Sterling: Zmiany odżywcze kości po uszkodzeniu nerwów obwodowych. — A. Landau: W sprawie leczenia jodem choroby Basedowa (dok.). A. Zamenhof: O sposobach ułatwiających badanie dna oka. — R. Amzelówna: Badania Morgenrotha nad zmiennością pneumokoków. (Streszczenie zbiorowe). — C. Berger: O stosowaniu leczniczem wyciągu rosiczki. — M. Bornsztajn: Zygmunt Freud. W. Krzemiński: O ewolucji lecznictwa w Busku (dok.). — J. Lubczyński: Pielęgniarstwo społeczne.

Lekarz polski. Rok II, Nr. 7. z lipca 1926: W. Grzywo-Dąbrowski: 35-lecie pracy naukowej Prof. Dr. Leona Wachholza. — W. Jeżowski: Sanacja czy destrukcja. — J. Surawski: Służba sanitarno-lekarska na polskich kolejach państwowych. K. Koronkiewicz: Zagadnienia sanitarne na kolejach żelaznych. — St. Czerwiński: Powody usprawiedliwiające odmowę lekarza udzielania pomocy choremu. — F. Jelonek: W sprawie krzewienia higjeny za pośrednictwem prasy codziennej. — Inż. Z. Rudolf: Zagadnienia inżynierji sanitarnej. — Dr. Marjan J-ki: Państwowa służba sanitarna.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego odbytego w dniu 24. III. 1926 r.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 250 członków.

Przewodniczący wita serdecznie zaproszonych na posiedzenie uczestników odbywającego się w Krakowie kursu dla lekarzy, poczem poddaje pod głosowanie następujący wniosek Wydziału Tow.: Z powodu pojawienia się nazajutrz po posiedzeniu Tow. w dniu 17. III. w „Ilustrowanym Kurjerze Codziennym" artykułu przedstawiającego wyniki jakoby senzacyjne leczenia różnych chorób wstrzykiwaniami roztworu radu i ze względu na charakter niesmacznej reklamy tego artykułu w organie prasy codziennej niefachowej z powołaniem się na autorytet Krak. Tow. lek., Zarząd Krak. Tow. lek. na posiedzeniu w dniu 24. III. 1926 r. zaznacza, że stało się to bez porozumienia i bez jego wiedzy, a wbrew zapadłej już w poprzednich latach uchwale Krak. Tow. lek., że sprawozdań z posiedzeń tegoż Tow. w prasie codziennej umieszczać niewolno i podnosi sprzeciw przeciw tego rodzaju reklamie". Wniosek powyższy przyjęto jednogłośnie.

Przewodniczący zawiadamia, że Dyrekcja Państw. Zakładu psychjatrycznego w Kobierzynie zaprasza uczestników kursu dla lekarzy do zwiedzenia tego Zakładu dnia 1. IV. 1926 r.

Kol. prof. Rosner wygłasza odczyt pod tytułem: „*Z dziedziny wątpliwości i pomyłek na pograniczu rozpoznawczem ginekologji*". (Rzecz drukowana w Nrze 21 i 22 P. G. L. r. 1926).

W ożywionej *dyskusji* zabierali głos: Kol. doc. Tempka, Glasner, doc. Szymanowicz, Blassberg, Schwartz i kol. Woyciechowski, który wspomina o dwóch przypadkach pomyłek rozpoznawczych z czasów swej asystentury należących do dziedziny przez prof. R. poruszonej, a które mu żywo w pamięci utkwiły. W pierwszym z nich rozpoznano wolną torbiel jajnika prawego, podczas gdy po otwarciu otrzewnej stwierdził Dr. W. *carcinoma ilei*, okrężne z zajęciem gruczołów kreskowych. Resekował około 30 cm jelita z kreską z wynikiem dobrym. Objawów zwężenia nie było. Oczywiście była pomyłka ta wynikiem niedokładnego badania. W drugim przypadku rozpoznano prawostronną torbiel jajnikową ze skrętem szypuły, unieruchomioną w okolicy *coecum* wskutek zmian zapalnych. Po otwarciu jamy brzusznej i oddzieleniu zlepów jelitowych przekonał się Dr. W., że guz wychodzi ze ściany brzusznej, wypukla się półkolisto do jamy otrzewnej i okazuje objawy zapalne, które wywołały wspomniane zlepy. Po zamknięciu powłok nacięto guz od zewnątrz i stwierdzono typowy skórzak w stanie zapalnym.

Sprawozdania z posiedzenia sekcji sanit. T. W. W. we Lwowie

wspólnie z Kołem naukowo lek. Szpit. powsz. odbytego na Klinice ocznej dnia 10 marca 1926 r.

Przewodniczący płk. Prof. Dr. Węgłowski, obecnych 83.

1) Kpt. Dr. Spittal przedstawia przypadek ubytku w przegrodzie komorowej. Przypadek dotyczy szer. z K. O. P. który po 5 mies. służbie wojsk. zgłosił się dopiero chorym z powodu nieżytu oskrzeli. Chory przebył bez powikłań dur brzuszny w 1919 r. i plamisty w 1921 r., oraz zapalenie opłucnej w 1925 r. *Stat. praes.* ograniczenie ruchów granicy dolnej pr. Nieliczne furczenia i rzężenia w płucach nad pr. dolną granicą tarcia opłucnowe, serce: granice wypukiem prawidłowe nad całym mostkiem słyszalny b. silny szmer skurczowy pokrywający tony, szmer skurczowy nad końcem, pomruk nad mostkiem. Roentg. ograniczenie ruchów przepony pr. Łuk komory lew. silniej zaokrąglony, akcja serca wzmożona zwłaszcza w obrębie komór, poprzeczny wymiar serca 14.

Dr. Spittal referuje następnie powyższą sprawę. Początki nauki o wrodzonych wadach serca sięgają połowy XVIII. w. czasów Senaca i Morgagniego. Co do ubytku w przegrodzie komorowej wszyscy zgadzają się, że o ile ta nieznaczna, może zupełnie ujść uwagi samego chorego lub zostaje odkrytą dopiero w późnym wieku przypadkowo lub wtedy gdy organizm jak w obecnym przypadku musi pokonać takie trudności, na jakie i normalne serce reaguje (służba wojsk.). Ubytek w przegr. kom. przeważnie zachodzi w przegr. mięśniowej, rzadziej w ścięgnistej lub w okolicy koniuszka, wielkość jej w granicach od minimalnej do prawie zupełnego braku całej przegrody. Właściwej przyczyny dla niewykształcenia się zupełnego przegrody kom. mimo daleko idących poszukiwań embrjonalnych nie wyjaśniono zupełnie. Ponieważ H. Roger dokładnie i jasno opisał objawy tej wady, stąd otrzymała ona miano choroby Rogera. Co się tyczy symptomatologji charakterystycznemi są 1) głośny szorstki szmer pokrywający całą systolę równomiernie z miejscem największego nasilenia nad środkiem serca, poniżej przyczepu do mostka 3 lew. żebra, 2) w pewnych warunkach promieniowanie tego szmeru ku obwodowi i tyłowi, 3) skórczowy pomruk w miejscu maksimum szmeru, 4) tony sercowe częściej niesłyszalne niż słyszalne, drugie tony nie akcentowane, 5) mierne rozszerzenie serca na prawo, rzadziej na lewo, 6) brak sinicy i większych zaburzeń funkcjonalnych przy mniejszych ubytkach, 7) Roentgen. poza rozszerzeniem komór wykazuje często uwypuklenie łuku aorty w prawo, a przy bardzo wielkich ubytkach objaw Deneckiego. Co do częstości to w porównaniu z innymi wadami wrodzonymi ta prawie jedną z najczęstszych, jak wynika z tabeli Spielera bo stoi na drugiem miejscu (33.60%).

Prognoza: w wadzie tej nieskomplikowanej, nie jest, niepomyślną, a wielka liczba takich chorych nawet wśród ciężkich warunków zawodowych, jest zdolną do pracy i dożywa przynajmniej średniego wieku bez skarg godnych wzmianki.

2) Dr. Elemer wygłasza dłuższy referat o leczeniu cukrzycy djetetycznie i insulinowo. Zaznacza na początku, że nie należy schematyzować tablic odżywiania przy cukrzycy ułożonych przez Niemców i lepiej wprost po chłopsku od początku badać i leczyć empirycznie zależnie od stanu cukrzycy. Ta na 1) *diabetes simplex*, 2) *diabetes consumptivus*. 1 forma gdy chory na ścisłej djecie skąpo węglo-wodanowej po 3—5—7 dniach daje się odcukrzyć, gdy nie to 2 forma, gdzie sam ustrój wytwarza cukier. Następnie prelegent podaje sposoby oznaczenia współczynnika ilościowego dla węglowodanów, poczem tegoż samego jakościowo dla nich, celem uniknięcia monotonji w jarzynach. *Diabet. simpl.* nie oznacza bynajmniej lekkiej formy, tylko to, że samą djetą możemy usunąć cukier i ciała acetonowe z moczu bez używania insuliny. Także i ilość wydzielanego cukru nie decyduje o ciężkości przypadku. Zamiast insuliny (droga) podajemy lewulozę, gdyż diabetyk niezdolny zamieniać dekstrozy w glykogen, natomiast ma tę zdolność wobec lewulozy. Tę jednak podajemy (Retry 1) po 20—30 gr. na dobę, 2) nie w herbacie i nie odrazu ale częciowo i nie w czasie obiadów, po długiem trawieniu w ustach ze śliną. W drożdżach Funk odkrył wyciąg podobny do insuliny działający wprawdzie słabiej ale dłużej od niej, więc drożdże i lewuloza odgrywają ważną rolę w leczeniu cukrzycy. Insulinę podajemy wtedy, gdy tolerancja węglo-wodanowa nie powraca do normy. Insulinę lepiej stosować w proszku, jak w płynie, gdyż w płynie, z czasem traci ona na sile, dalej w płynie są ciała utrzymujące ją w antiseptycznem stanie, zresztą samo wkłuwanie igły przez gumkę, może doprowadzić do zakażenia jej a tem samem i ustroju, co niezbyt bezpieczne. Lepsze więc, gdy użyjemy ampułkę sproszkowanej insuliny z ampułką fizjologiczn. rozt. wody, gdyż to i czystsze i w działaniu pewniejsze. Insulinę podajemy podwyższajac dawkę, aż nastąpi efekt, by organizm przyzwyczaił się do niej i nie przyszło do szoku. Zresztą z dawkami insuliny nie należy się posuwać zbyt wysoko, bo ona posiada swoje pewne indywidualne *optimun*.

W dyskusji Dr. Meller i Dr. Bühn zwracają uwagę, że odstawianie insuliny musi być stopniowe a nie nagłe, gdyż urwanie jej smutne daje wyniki, oraz dyskutują na temat samej djety.

SPRAWY ZAWODOWE.

Sprawozdanie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Okręgu lwowskiego za rok 1925 do kwietnia 1926 r.

Ciężki tryb życia powojennego był niezłomną przyczyną do zorganizowania się — bo doświadczenie czasów współczesnych niezbicie stwierdzało, że tylko dzięki silnej i solidarnej organizacji jest możliwem stawianie oporu, przełamywanie przeszkód, stworzonych przez dzień dzisiejszy. W uznaniu konieczności organizacji nawet w stanie lekarskim, który jak wogóle wszystkie wolne zawody ucierpiał najdotkliwiej — w kwietniu 1925 odbyło się we Lwowie nadzwyczajne walne zebranie wszystkich tutejszych lekarzy, zwłaszcza, że Lwów stanowił wyjątek w całem państwie.

Na zebraniu tem poruszano szereg spraw stanu lekarskiego nader ważnych i palących, jak stosunek ogółu lekarzy do Kas chorych i instytucyj podobnych; sprawę wolnego wyboru lekarza tamże, nowelizację ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby — słowem zagadnienia, od których zależy w wielkiej mierze byt stanu lekarskiego. Ponieważ sprawy te nie dały się załatwić doraźnie, a co więcej głosy zabierane w dyskusji stwierdziły niezbicie, że przeprowadzenie tych zadań jest możliwem tylko w drodze organizacji zawodowej — przeto prawie jednogłośnie uchwalono reaktywowanie Okręgu lwowskiego Z. L. P. P. obejmujący teren Izby lekarskiej lwowskiej. Na samym wstępie powinno się stanowczo zastrzec, że wyłącznem zadaniem jak mówią nieliczni przeciwnicy Związku — nie jest walka z lekarzami Kas chorych — a więc wprowadzenie rozłamu wśród lekarzy — a tem samem wzajemne osłabianie sił organizacji — lecz wyłącznym celem reaktywowanego Związku jest przedewszystkiem podniesienie godności i dobra stanu lekarskiego — przez korzystne rozwiązanie wyżej wspomnianych kwestyj. Jest to możliwem nie tyle w drodze ustawodawstwa lecz ewolucji. Aby ten cel osiągnąć — to przedewszystkiem jak z naciskiem stwierdzić należy — jest tylko silna organizacja, obejmująca wszystkich bez wyjątku lekarzy.

Komisja wyłoniona na I. nadzwyczajnem zebraniu, ukonstytuowała się jako tymczasowy zarząd obwodu. Wydano natychmiast odezwę do wszystkich lekarzy województwa lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego, wzywając do przystąpienia do związku. Ziarno rzucone zaczęło wydawać jak na początek bardzo obfity plon, bo zewsząd napływały masowo zgłoszenia członków — mała tylko ilość czyniła zależnem przystąpienie od uregulowania sprawy ze Związkiem krakowskim i Kasą Pogrzebową. Zwołano delegatów (13. VI. 25) na ogólne zebranie jakoteż wybrano zarząd obwodowy złożony z 5 członków i tyluż zastępców. Delegaci lwowscy i pozamiejscowi dokonali 27. VI. wyboru tymczasowego Zarządu Okręgu lwowskiego (9 członków i tyluż zastępców), jakoteż 3 delegatów na konferencję w Zarządzie Głównym w Warszawie. Równocześnie poczyniono kroki o zatwierdzenie powstania Związku — przez władzę polityczną — co też 16. XI. zostało definitywnie załatwione.

Po uskutecznieniu tych niezbędnych czynności organizacyjnych, zwołano 1. XII. 25 walne zebranie członków obwodu, na którem dokonano wyboru 5 członków zarządu obwodu i tyluż zastępców, jakoteż wysłano dwóch delegatów w osobach kol. Dolińskiego i Frankego na nadzw. walne zgromadzenie, zwołane przez Zarząd Główny w Warszawie, gdzie dzięki interwencji tych kolegów, uchwalono reaktywowanie okręgu lwowskiego.

W czasie wyborów do Izby lekarskiej we Lwowie, wezwano wszystkich członków do solidarnego głosowania na kompromisową listę wyłonioną w porozumieniu z innymi zrzeszeniami lekarskimi.

Skład zarządu przedstawia się następująco: kol. Doliński, Franke, Leńko, Pełech, Salpeter; Zastępcy członków: kol. Begleiter, Malsburg, Mańkowski, Quest, Siłka.

Na dzień 20. XII. zwołano delegatów obwodów, którzy uznali tymczasowy Zarząd za prawomocny i wybrano Wydział Wykonawczy, w skład tegoż wchodzą: kol. Leńko, Malsburg, Pełech, Salpeter.

W myśl wyrażonych życzeń utworzono Kasę Zapomogową dla członków okręgu; nawiązano kontakt z Okręgowym Związkiem lekarzy Kas chorych.

1926.

Związek nasz w zrozumieniu potrzeb członków zwrócił się z prośbą do Wydziału lekarskiego we Lwowie w sprawie urządzenia kursów dokształcających.

Wydano powtórnie odezwę wzywającą do wstępowania w szeregi związku, która została umieszczoną w Polskiej Gazecie lekarskiej i Nowinach lekarskich. Jako korespondentów uproszono kol. Frankego i Nowickiego.

Co do projektu ustawy o specjalizacji wyrażono opinję uwzględniającą przedewszystkiem dobro i zapatrywanie większości lekarzy. Czyniąc zadość formalnościom prawno-administracyjnym podano do wiadomości Policji we Lwowie, jak też Województwa stanisławowskiego i tarnopolskiego, założenie okręgu lwowskiego Z. L. P. P.

Na artykuł Słowa Polskiego omawiający tendencyjnie fatalne skutki wolnego wyboru lekarza w Kasach chorych, odpowiedziano faktami zgodnymi ze stanowiskiem lekarzy.

Za Wydział Wykonawczy Zarządu Okręgu lwowskiego Z. L. P. P.
Pełech wł. r. sekretarz. *Leńko* wł. r. przewodniczący.

NEKROLOGJA.

Dr. med. JULJAN GRABOWSKI.

Wspomnienie pośmiertne.

Zmarł wielki bojownik prawdy, człowiek kryształowy, serce gołębie, lekarz światły, obywatel zasłużony, którego życie było jednem pasmem walki, ofiar i cierpień.

Urodzony działacz społeczny, po paru latach poświęconych matematyce, wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego. Ożywiony ideałami walki o wolność i równość bierze udział w ówczesnem tajnem życiu politycznem i w krótkim czasie zyskuje sobie tak wielkie zaufanie, że zostaje powołany do C. K. R. Polskiej Partji Socjalistycznej.

Aresztowany pod zarzutem przygotowywania zamachu na ówczesnego satrapę, Hurkę, przesiedział dwa lata w kazamatach cytadeli, poczem zesłany został do Ust'-Sysolska.

Był wówczas studentem, a miał już żonę i dzieci. W możliwie najtrudniejszych warunkach, ukończył medycynę w Kazaniu, gdzie zarabiał na życie jako felczer szpitalny, przygotowując się jednocześnie do egzaminów lekarskich. Po zdaniu egzaminów otrzymał pozwolenie zamieszkania w Wołogdzie i możność wyjazdu do Wiednia i tam wykształcił się na laryngologa-chirurga.

Po powrocie do kraju osiadł w Łodzi, gdzie został lekarzem naczelnym szpitala. Tu dotknął go najstraszniejszy los: lekarz stracił prawą rękę. Operując z powodu raka górnej szczęki, uległ zakażeniu, które doprowadziło do tragicznego zejścia.

W Łodzi zajął należne mu stanowisko jako obywatel, lekarz i działacz społeczny.

Porzuciwszy — z konieczności — wykonawstwo praktyki lekarskiej, został burmistrzem w m. Noworadomsku, gdzie zastała go wojna i gdzie — z racji nieustępliwości swych przekonań — o mało nie został rozstrzelany przez oddział wojsk niemieckich.

Spędziwszy lata 1915 i 1916 w Rosji, pracując w Związku miast, powrócił w r. 1917 do kraju i zajął stanowisko w organizacji sanitarnej samorządu Warszawy.

Ci, którzy go poznali w tym okresie, poznali już człowieka, który już przestał być wodzem i inicjatorem twórczym. Mieli natomiast Jego wielkie doświadczenie, krytyczny sąd i bezgraniczną prawość, z jaką przystępował do każdej sprawy publicznej.

Zmarł nagle na stanowisku lekarza sanitarnego m. Warszawy.

Od chwili powstania Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej był tego Sądu członkiem.

* * *

Zgasł człowiek o duszy pięknej, o dobroci i szlachetności wyszukanej, pełen subtelności i taktu wykwintnego, skromny aż do samozaparcia, zgasł po życiu owocnem dla bliźnich i dla kraju, zgasł po życiu pełnem cierni, pozostawiając po sobie pamięć ukochanego człowieka, obywatela i kolegi. Przeżył lat 59.

Cześć pamięci człowieka, obywatela, lekarza, kolegi.

Sw. Sg.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne organizuje w szpitalu św. Łazarza kursy dla lekarzy z następującym programem:

1) „Syfilis a choroby umysłowe" — prof. Mazurkiewicz.
2) „Leczenie syfilisu" — Dr. Watraszewski.
3) „Seminarjum dermatologiczne" — Dr. Bernhardt.
4) „Leczenie rzerzączki u mężczyzn" oraz wykłady z eugeniki — Dr. Wernic.

5) „Syfilis dzieci" — Dr. Trzciński.
6) „Prostytutki a choroby weneryczne" — Dr. Mężyński.
7) „Choroby kobiece a zaraza weneryczna" — Dr. Zakrzewski.
8) „Choroby skórne i weneryczne" — Dr. Krysiński.
9) „Urologja i cystoskopja" — Dr.Grosglik.
10) „Badania bakterjologiczne i serologiczne" — Dr. Woyciechowski.
11) „Światłolecznictwo" — Dr. Edward Bruner.
12) „Syfilis narządów wewnętrznych" — Doc. Dr. Semerau-Siemianowski.
13) „Syfilis a choroby nerwowe" — prof. Orzechowski.
14) „Syfilis gardła, krtani i ucha" — prof. Erbrich.
15) „Syfilis oka" — prof. Noiszewski.

Zapisy przyjmuje Dr. Burawski, w szpitalu św. Łazarza w Warszawie, Książęca 2, tel. 410-95.

Termin I. Zjazdu Anatomiczno-Zoologicznego został przesunięty na dzień 31 października, 1-go i 2-go listopada b. r. Komitet uprasza o dalsze zgłaszanie referatów i pokazów na Zjazd na ręce sekretarza — Dra J. Grzybowskiego (Warszawa, Chałubińskiego 5, Anatomicum).

Kraków.

Wydział lekarski Uniw. Jag. w Krakowie zamierza sposobem próby urządzić w jesieni b. r. kursa lekarskie szczegółowe obejmujące pewne ograniczone aktualne tematy z zakresu medycyny praktycznej. Kursa byłyby prowadzone przedewszystkiem praktycznie a uczestnicy mogliby dowolnie łączyć w grupy poszczególne tematy lub zapisywać się tylko na pojedynczy kurs. Kursa te odbędą się w takim razie, jeżeli zgłosi się dostateczna ilość uczestników na dany kurs. Z tego względu uprasza Komisja kursów o zgłaszanie się kandydatów najdalej do dnia 15 września do kancelarji Dziekanatu Wydziału lekarskiego. Tamże można otrzymać program tych zamierzonych kursów. Odbyłyby się one prawdopodobnie w październiku i listopadzie b. r., zupełnie niezależnie od dwu-tygodniowych kursów ogólnych, jakie Wydział lekarski, na wzór odbytych w roku bieżącym, — będzie urządzał corocznie w okresie Świąt Wielkanocnych.

Za Komisję Kursów:
Doc. Dr. T. Rogalski, m. p. sekretarz. *Prof. Dr. St. Ciechanowski,* m. p. przewodniczący.

Z kraju.

W zdrojowisku Druskieniki zawiązało się Towarzystwo lekarskie. Na zebraniu konstytuującem w d. 20 lipca b. r. pod przewodnictwem prof. Ciechanowskiego z Krakowa wybrany został Zarząd Towarzystwa: prof. dr. Żebrowski z Warszawy (prezes), dr. Szajerowicz (wiceprezes), dr. Obiezierski i dr. Lewicka (sekretarze), dr. Regensburg (skarbnik). Do Towarzystwa przystąpili wszyscy lekarze Druskieniccy w liczbie 17.

Krynica.

I. Zjazd Lekarski w Krynicy zorganizowany przez Stowarzyszenie lekarskie z okazji poświęcenia i otwarcia nowych łazienek mineralnych odbędzie się w dniach 14 i 15 września 1926 r.

Otwarcie Zjazdu nastąpi w dniu 14 września po uroczystości poświęcenia nowych łazienek w obecności Prezydenta Rzeczypospolitej Ignacego Mościckiego, przedstawicieli władz i uczestników Zjazdu. Po przemówieniu oficjalnym nastąpi Wykład Prof. Dra Witolda Orłowskiego na temat: *Ogólne zasady postępywania leczniczego w przewlekłych chorobach serca.* W dn. 15 września po zwiedzeniu urządzeń zakładu odbędą się wykłady: 1. Profesora Dr. Marjana Frankego p. t.: *„Leczenie szczegółowe w przewlekłych chorobach serca i naczyń"*. 2. Docenta Dra Antoniego Sabatowskiego p. t.: *„Fizjoterapja chorób przewlekłych serca"*. 3. Dra Zygmunta Wąsowicza p. t.: *„Leczenie przewlekłych chorób serca w Krynicy"*. W godzinach popołudniowych odbędzie się dyskusja i ewentualnie uchwalenie przedłożonych rezolucji, poczem nastąpi zamknięcie Zjazdu. Szczegółowy program ogłoszony będzie później. Zgłoszenia przyjmuje Stow. Lekarskie w Krynicy na ręce przewodniczącego Dr. Z. Wąsowicza do dnia 8 września.

Redakcja otrzymała:

Dr. Antoni Sawicki: Gruźlica czyli t. zw. Suchoty. Praca nagrodzona na konkursie Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie. Nakład Polskiego Towarzystwa Higjenicznego. Lwów 1926 r.

Dr. Adolf Schwarzbard: Rozwój i postępy laryngoskopji bezpośredniej w rzucie historycznym. Odbitka z Polsk. Przegl. Oto-laryng. T. III. Z. 1—2. rok 1926.

Dr. Marceli Gromski i Lucjan Bartel: Stacja opieki nad matką i dzieckiem. Organizacja i prowadzenie. Nakładem wydawnictwa Polskiego Komitetu pomocy dzieciom „Opieka nad dzieckiem".

Masson et Cie, Editeurs-Catalogue méthodique des livres de médecine édités par Masson et Cie.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuję konkurs na posadę praktykanta sanitarnego przy Starostwie w Turce z poborami X st. sł. urzędników państwowych.

Podania o nadanie powyższej posady należycie udokumentowane (Metryka urodzenia, dowód obywatelstwa polskiego, dyplom lekarski, dowód uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej po myśli art. 2. ustawy z 2 grudnia 1921 r. Dz. U. Rz. P. Nr. 105, poz. 762, dowód zadośćuczynienia obowiązkowi służby wojskowej i curriculum vitae) wnosić należy do końca sierpnia br. do Prezydjum Województwa w Stanisławowie.

Pierwszeństwo w otrzymaniu pow. posady będą mieli kandydaci, mogący się wykazać dłuższą praktyką.

Kandydaci pozostający obecnie w służbie państwowej winni podania wnosić w przepisanej drodze służbowej.

Wojewoda: (—) *Des Loges.*

L. 4330/926.

Powiatowa Kasa Chorych w Drohobyczu
rozpisuje
KONKURS
na posadę lekarza oto-laryngologa w Drohobyczu.

Wymagane warunki:
1) Obywatelstwo polskie,
2) Dyplom doktora medycyny jednego z Uniwersytetów Państwa Polskiego,
3) Wykazanie się specjalizacją w dziale oto-laryngologicznym.

Pierwszeństwo mają Asystenci Klinik, lub lekarze z praktyką przynajmniej dwuletnią w dziale oto-laryngologicznym na Klinikach, względnie w szpitalach równorzędnych Klinikom.

Warunki wynagrodzenia wedle umowy.

Termin wnoszenia podań do dnia 20 sierpnia 1926 r.

Zarząd Pow. Kasy Chorych w Drohobyczu.

Lwp. 2.513/926. Jarosław, dnia 8 lipca 1926.

OBWIESZCZENIE.

Podaje się niniejszem do wiadomości zainteresowanych Panów lekarzy — że w powiecie samorządowym jarosławskim obsadzona będzie z dniem 1 października 1926 posada lekarza okręgowego w Laszkach ad Radymno.

O informacje zgłaszać się należy pisemnie do Biura Wydziału powiatowego, względnie wnosić udokumentowane podania.

Z Wydziału Rady powiatowej:
Prezes: *Dr. Lisowiecki,* m. p.

L. 4452/926.

KONKURS
na posadę dyrektora Sanatorjum Kas Chorych w Worochcie.

Wymagane warunki do objęcia powyższej posady:
1) Obywatelstwo polskie,
2) Dyplom doktora medycyny jednego z Uniwersytetów polskich,
3) Wykazanie się specjalizacją w chorobach płucnych.

Wynagrodzenie według umowy.
Mieszkanie, opał, światło i utrzymanie w naturze.
Oferty należy wnosić do dnia 15 sierpnia br. na ręce **Zarządu Pow. Kasy Chorych w Drohobyczu.**

Zarząd Pow. Kasy Chorych w Drohobyczu.